

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 10 juillet 1901, à 1 heure.

PAR DÉCLOUX

TRAITEMENT

DE

L'ÉPITHELIOMA CUTANÉ

PAR

LA CAUTÉRISATION IGNÉE
ET LE CHLORATE DE POTASSE OU DE MAGNÉSIE

Président : M. LANDOUZY, professeur.

*Juges : MM. GAUCHER professeur.
WURTZ et WIDAL, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901

510

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 10 juillet 1901, à 1 heure.

PAR DÉCLOUX

TRAITEMENT

DE

L'ÉPITHÉLIOMA CUTANÉ

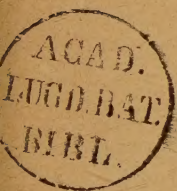
PAR

LA CAUTÉRISATION IGNÉE
ET LE CHLORATE DE POTASSE OU DE MAGNÉSIE

Président : M. LANDOUZY, professeur.

*Juges : { MM. GAUCHER professeur.
WURTZ et WIDAL, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*



PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901

FACULTE DE MEDICINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		ROUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		BRISSAUD.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie		BERGER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		N.....
		CHANTEMESSE
		JACCOUD.
Clinique médicale		HAYEM.
		DIEULAFOY
		DEBOVE.
		GRANCHER.
Maladie des enfants		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND.
		TERRIER.
Clinique chirurgicale		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUD.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements		BUDIN.
		PINARD.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEGUEU	TEISSIER
ACHARD	DUPRE	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	FAURE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRE	GAUCHER	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GILLES DE LA	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MENETRIER	VARNIER
BROCA (André)	HARTMANN	MERY	WALLICH
CHARAIN	HEIM	REMY	WALTHER
CHASSEVANT	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ

Chef des Travaux anatomiques: M. AIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE. A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR GAUCHER

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANDOUZY

Médecin des hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

TRAITEMENT
DE
L'ÉPITHÉLIOMA CUTANÉ
PAR
LA CAUTÉRISATION IGNÉE

Et le chlorate de potasse ou de magnésie

INTRODUCTION.— DIVISION

Le traitement de l'épithélioma cutané par la cautérisation ignée et le chlorate de potasse ou de magnésie, qui fait l'objet de notre thèse inaugurale, n'est pas absolument nouveau. Mais, si la cautérisation ignée remonte, pour ainsi dire, à la plus haute antiquité, elle a subi, de par le perfectionnement de l'outillage et l'observation clinique des phénomènes consécutifs à son emploi, des modifications importantes qui la rendent à la fois plus pratique et plus efficace. De plus, en combinant à ce traitement déjà si efficace par lui-même, les avantages incontestables du chlorate de potasse, et plus récemment du chlo-

rate de magnésie, M. Gaucher a obtenu à l'hôpital Saint-Antoine des résultats si encourageants, qu'il a érigé cette pratique en méthode de traitement.

Pour nous aider dans l'étude que nous voulons faire de ce traitement, et pour la rendre plus intéressante et plus profitable, nous avons cru qu'une vue d'ensemble sur les différents traitements que l'on a préconisés tour à tour contre l'épithélioma cutané, et la critique succincte des moyens les plus employés pour détruire cette affection étaient nécessaires ; aussi nous proposons-nous d'examiner successivement :

Différentes questions pouvant intéresser de plus ou moins près le traitement du cancer de la peau et que nous grouperons dans un premier chapitre de généralités. Telles sont : les différentes formes d'épithélioma, afin de mieux connaître celles auxquelles on doit plus spécialement s'adresser ;

Le mode d'accroissement des tumeurs, pour essayer de s'opposer plus efficacement à l'envahissement de la néoplasie ;

Le mode de formation des récidives, afin de les éviter le plus possible ;

Enfin, à des titres divers : la contagion du cancer, son inoculation expérimentale ou accidentelle, son auto-inoculation et son étiologie parasitaire.

Après cela nous ferons en quelques mots l'historique du traitement et l'exposé critique des principaux agents destructeurs employés contre les néoplasies cutanées.

Il va sans dire, et nous tenons à l'affirmer avant de commencer, que nous ne rejetons aucun des traitements diri-

gés contre le cancer, qui tous, d'ailleurs, ont donné d'heureux résultats en s'adressant à des cas particuliers; et en les critiquant nous ne voulons que mettre en lumière certains inconvénients que tout le monde leur reconnaît.

Nous exposerons ensuite le manuel opératoire du traitement du cancer de la peau par la cautérisation ignée et le chlorate de potasse ou de magnésie tel qu'il est actuellement employé par M. le Docteur Gaucher dans son service à l'hôpital St-Antoine.

Enfin, avant d'exposer, à l'appui de nos assertions, les observations recueillies à l'hôpital St-Antoine depuis plusieurs années, nous ferons ressortir les avantages et les inconvénients de la méthode, ainsi que les résultats dus à son application.

C'était pour rendre plus probants et plus instructifs ces résultats que nous nous étions imposé de retrouver et de revoir par nous mêmes les malades dont nous publions les observations. Malheureusement, comme nous le verrons, ce contrôle était difficile et parfois même impossible ; et malgré toute notre bonne volonté, force nous a été souvent d'abandonner des recherches commencées. Nous mentionnerons néanmoins les renseignements que nous avons parfois obtenus, en regrettant seulement de ne pouvoir les donner plus complets.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous sommes heureux de rendre hommage à tous les maîtres qui dans le cours de nos études médicales nous ont toujours prodigué avec la plus grande bienveillance et leurs leçons et leurs conseils.

Nous n'oublions pas, en premier lieu, nos maîtres de l'Ecole préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand.

Ils nous ont inculqué les premiers éléments de médecine et de chirurgie. Que tous daignent accepter le vif témoignage de notre reconnaissance !

Parmi nos maîtres de la faculté de Paris, nous nous faisons un plaisir particulier de remercier M. le professeur-agrégé Gaucher qui a bien voulu nous inspirer le sujet de ce modeste travail. Notre année de stage dans son service, à l'hôpital Saint-Antoine, nous a été profitable à bien des points de vue ; et c'est à sa consultation des maladies de la peau, ainsi qu'à ses Conférences du dimanche à l'hôpital Saint-Louis, que nous avons acquis les quelques notions de Dermatologie que nous possédons. A ces différents titres, nous le prions d'accepter le respectueux hommage de notre profonde reconnaissance.

Nous conserverons longtemps le souvenir des magistrales leçons de M. le Professeur Jaccoud, chez lequel nous avons eu le bonheur de passer une année.

M. le Professeur Budin nous a enseigné l'Obstétrique, il a droit à toute notre gratitude, et nous n'oublierons jamais avec quel empressement il a mis à notre disposition tous les sujets d'études.

Que M. le Professeur Landouzy veuille bien, enfin, accepter l'expression de nos meilleurs remerciements pour le très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale.

GÉNÉRALITÉS

I. — FORMES DE L'ÉPITHÉLIOMA CUTANÉ. — L'épithélioma cutané peut revêtir trois formes différentes qui doivent être distinguées les unes des autres et étudiées séparément, car elles n'ont pas la même gravité, et le même traitement ne leur est pas applicable.

1° *L'épithélioma superficiel* est celui auquel on donne quelquefois le nom « *d'ulcus rodens* ». Son début s'annonce par l'apparition de petites granulations dures, de coloration rosée ou rouge pâle, du volume d'une tête d'épingle. Puis, sous l'influence d'un léger traumatisme, d'un simple grattage le plus souvent, les granulations s'ulcèrent et se recouvrent d'une petite croûte. A cette période la lésion peut rester quelque temps stationnaire, assez longtemps même parfois, jusqu'à ce qu'il se produise de nouvelles granulations périphériques, granulations qui s'ulcèrent à leur tour et constituent « l'ulcère cancréide » à forme arrondie, irrégulière et festonnée ; le fond en est granuleux, rougeâtre, couvert d'un liquide visqueux qui peut, en se concrétant, former des croûtes peu adhérentes ; les bords sont indurés et taillés à pic. Ainsi superficiel, l'ulcus rodens, occasionne peu de douleurs, il est seulement le siège d'une démangeaison incommode ;

mais si l'extension se fait à la fois en surface et en profondeur, la douleur ressentie est si vive, qu'elle suffit parfois à décider le malade à demander une intervention.

2° La deuxième forme est *l'épithélioma papillaire*. Superficiel, comme le précédent, il est caractérisé par des productions papillaires ou papilliformes. Simple hypertrophie papillaire au début, la lésion peut proliférer rapidement et se couvrir de végétations et de saillies mamelonnées dont le principal caractère est de saigner facilement.

Lui aussi peut s'ulcérer ; l'ulcère est alors fongueux, taillé à pic ; les bords sont renversés et indurés et par la pression on en peut faire sortir des masses caséiformes renfermant, au microscope, des globes épidermiques. L'ulcération s'accroît incessamment, et après un temps variable les ganglions peuvent se prendre, et même on peut voir la néoplasie se généraliser et la cachexie cancéreuse s'établir.

3° Enfin, *l'épithélioma profond* qui forme ce que l'on appelait autrefois le « cancer cutané » se développe primitivement dans la profondeur de la peau. Beaucoup plus rare que les formes précédentes, son début se fait par une tumeur dermique qui envahit peu à peu la superficie de la peau et s'ulcère. Sa marche est plus rapide que celle des deux autres formes ; sa gravité est aussi plus grande.

II. — MODE D'ACCROISSEMENT DES TUMEURS. — D'après le travail de M. Fabre-Domergue « *Les cancers épithéliaux* » (1), auquel nous empruntons une partie de ce

1. Fabre-Domergue. *Les cancers épithéliaux*, p. 111.

chapitre, les tumeurs s'accroissent de différentes façons.

Le mode d'accroissement le plus fréquent et le plus facilement observable est *la propagation par transformation*; c'est-à-dire, que l'accroissement du volume de la tumeur, qui est un phénomène secondaire, est précédé d'un autre, phénomène préparatoire, où l'élément normal se transforme en élément néoplasique.

Un second mode est *la propagation par irruption*. Les cellules propres au néoplasme prolifèrent, s'infiltrant dans les tissus sains environnants, les refoulent sans les transformer, et les détruisent en les comprimant, en produisant autour d'elles une zone atrophique plus ou moins large.

Ces deux modes d'accroissement peuvent d'ailleurs s'associer et l'irruption se fait alors en même temps que la transformation néoplasique.

Il y a enfin un troisième mode d'accroissement, décrit par Waldeyer, et qui manque souvent d'ailleurs dans la propagation des tumeurs de la peau, c'est *la propagation par prolifération conjonctive préparatoire* et qui est due, sans doute, à la réaction de l'organisme contre l'envahissement du néoplasme; et alors, ces éléments accourus pour opposer une résistance plus grande aux processus envahisseurs, ne se trouvant pas assez forts, sont eux-mêmes atrophiés et obligés de disparaître, ou bien ils deviennent le siège de phénomènes hyperplasiques secondaires.

III. — RÉCIDIVE ET REPULLULATION. MODES DE FORMATION DES RÉCIDIVES. — Il y a deux sortes de récidives

dans le cancer : l'une survient presque immédiatement après l'ablation de la tumeur et *in situ*, c'est la *repululation*; l'autre peut se produire plusieurs années après la plus heureuse intervention chirurgicale, c'est la *récidive proprement dite*.

Lorsque le néoplasme continue à se reproduire sur place, malgré l'intervention, il peut y avoir trois causes (1)

1° Ou bien la destruction, faite nécessairement au jugé, a été incomplète; et les cellules néoplasiques abandonnées continueront leur évolution.

2° Ou bien la zone de transformation, où les tissus sains en apparence, sont cependant déjà envahis, n'a pas été réséquée; et la tumeur continuera à s'étendre.

3° Ou bien, enfin, au cours de l'opération, les tissus infectés ont été mis en contact avec les tissus sains, et les vaisseaux béants se sont infiltrés et formeront des noyaux secondaires *locaux* (récidives *in situ*), ou *éloignés* (métastases) d'ailleurs très rares à la face où l'on observe surtout l'épithélioma-cutané.

Mais nous touchons là à une autre question, question qui commence à être élucidée maintenant grâce aux perfectionnements des procédés employés, nous voulons parler de *l'inoculation* et *l'auto-inoculation* du cancer.

Cette question nous arrêtera un peu plus car elle touche de trop près au traitement.

IV. — INOCULATION INDIRECTE ET DIRECTE. — Les expériences de transmission du cancer par inoculation ont

1. Fabre-Domergue.

donné des résultats très intéressants. Sans doute beaucoup de ces expériences ont été négatives, mais il en est dont le caractère positif est indiscutable, et pour ne parler que de celles-ci, nous citerons les expériences de Werh, qui en 1888, inocula le carcinome du chien au chien ; celles de Hanau, qui, en 1889, réussit à transmettre l'épithélioma pavimenteux du rat au rat ; etc.

De 1891 à 1894, M. Moreau fit sur ce sujet un travail considérable, et il obtint une série complète d'observations en inoculant une tumeur trouvée, par hasard, dans l'aisselle d'une souris blanche à dix autres souris, dont huit survivantes présentèrent des nodules cancéreux qu'il inocula de nouveau, avec succès, à d'autres souris ou à des animaux d'espèce différente.

Sans doute, tous les expérimentateurs ne furent pas toujours si heureux. Mais ces expériences sont fort délicates, et si l'on connaît quelques-unes des conditions favorables à la transmissibilité des néoplasies : comme la conservation entière de la vitalité des éléments inoculés et les conditions aseptiques de l'inoculation, toutes cependant ne sont pas déterminées et cela suffit, croyons-nous, à expliquer les insuccès.

Quant à l'inoculation d'homme à homme, il existe la tentative célèbre d'Alibert qui fit sur lui et sur quatre autres personnes des inoculations de cancer restées sans aucun résultat. On comprend que cette tentative n'ait pas eu beaucoup d'imitateurs, mais les faits observés chez les animaux suffisent à conclure, et c'est l'avis général, que si l'inoculabilité d'un cancer d'un animal à un animal d'espèce différente est extrêmement rare (Francotte, Boi-

net, Rechter), elle est très réalisable d'un animal à un animal de la même espèce.

L'observation clinique n'a-t-elle pas d'ailleurs fourni des faits probants à l'appui de la contagion? Pour ce qui est de la *contagion indirecte*, Fiessinger (1) signale une épidémie cancéreuse dans un groupe de 3 maisons, où il a vu se produire en 4 ans, 4 cas de néoplasmes malins, par objet de pansement servant à une femme ayant eu un cancer du sein. Guelliot (2) signale « des épidémies de maisons ». Fabre (3) publie 4 cas de cancer, ayant évolués en 10 ans, parmi les locataires d'une même maison. Brunon (4) cite une petite épidémie parmi les habitants du même village.

La contagion directe d'homme à homme paraît également prouvée par les 23 observations de cancers de la verge survenus chez le mari, consécutivement à un cancer de l'utérus de la femme (Guelliot, loco cit.). De même dans deux cas de M. le Dr Gaucher concernant, l'un « un ménage dans lequel la femme portait depuis longtemps un cancroïde ulcéré et très étendu de la face, le mari fut atteint d'un épithélioma de la langue et succomba rapidement, longtemps avant sa femme » ; l'autre, « une femme affectée d'épithélioma du sillon naso-génien, sembla contagionner sa fille qui la soignait et qui fut atteinte d'un épithélioma de la lèvre inférieure. Cet épithélioma

1. Fiessinger. *Gazette méd. de Paris*, mai 1892.

2. Guelliot. *Gaz. des hôpitaux*, 1892.

3. Fabre. Thèse de Lyon, 1892.

4. Brunon. *Semaine médicale*, 1892.

fut enlevé par le bistouri, et la fille succomba avant la mère » (1).

La contagion soit directe, soit indirecte, semble donc prouvée ; il en est de même de *l'auto-inoculation*, de *l'auto-infection* du sujet porteur de la néoplasie. Et ceci nous intéresse surtout, car nous en déduiront : qu'empêcher ou réduire au minimum les chances d'auto-inoculation est une des conditions de réussite du traitement.

V. — *L'auto-inoculation* ne paraît pas douteuse, et les faits cliniques abondent. Peut-être ces cas ne sont-ils pas très probants ? car on pourrait invoquer les diathèses ; mais il n'en est pas moins vrai que leur interprétation est au moins très vraisemblable, et il faut voir, croyons-nous, autre chose qu'une coïncidence, mais une réelle auto-infection dans des faits de ce genre : apparition sur la conjonctive d'un individu d'une tumeur de nature identique à celle qui était parue, 3 ans auparavant, sur le dos de sa main (2). Deux cas de cancer de la langue communiqué par une incision de la face du même côté (3). Cancer des deux lèvres se correspondant exactement (4) etc...

Enfin à quoi attribuer encore l'infection résultant de ponctions exploratrices détachant les cellules néoplasiques et les greffant sur tout le trajet du trocart, si ce n'est à une auto-inoculation accidentelle inévitable ?

Aussi, peut-être faut-il faire jouer à *l'auto-infection*

1. Gaucher. *Leçons sur les maladies de la peau* t. II p. 305.

2. Kauffman, cité par Kirmisson in article Dict. Dechambre

3. Nicaise, nécropsie.

4. Kirmisson, art. épith. dict. Dechambre.

un rôle plus considérable que celui qu'elle a eu jusqu'ici dans la récurrence des tumeurs *in situ*, ou dans les lambeaux d'autoplastie ?

VI. — ETIOLOGIE PARASITAIRE DU CANCER. — De nombreuses recherches contemporaines se sont efforcées de démontrer la nature parasitaire des néoplasmes. C'est ainsi que MM. Malassez, Darier, Dubreuilh, Albarran et d'autres, ont décrit, dans l'épithélioma, des corpuscules analogues aux psorospermies de la maladie de Paget. Mais de nouveaux observateurs, MM. Borrel et Töröck, prouvaient bientôt que ces prétendues psorospermies n'étaient que des noyaux, des débris de cellules, ou des produits de dégénérescence cellulaire.

MM. Rüffer et Wolker, ont trouvé un parasite animal, vivant dans l'intérieur des cellules ; mais son existence aurait besoin d'être confirmée, car les divers observateurs ont décrit également des parasites différents, et ce qui est sporozoaire pour l'un, est produit de dégénérescence pour l'autre, et vice versa.

Les faits de contagion observés du cancer sembleraient prouver cette théorie parasitaire ; mais M. Fabre-Dermogé, dans l'ouvrage que nous avons déjà cité plus haut, dit formellement que « la contagiosité du cancer par inoculation directe, n'a nullement besoin, pour être expliquée, de l'intervention d'un agent parasitaire ; qu'elle est aussi bien explicable par la transmission de la cellule néoplasique elle-même, et que, de ce côté, aucune preuve

ne peut être invoquée en faveur de l'hypothèse parasitaire (1) ».

Attendons donc que de nouvelles découvertes viennent trancher la question dans l'un ou l'autre sens.

1. Fabre-Domergue. *Cancers épithéliaux*.

EPITHELIOMAS QU'IL NE FAUT PAS OPÉRER

EXPOSÉ CRITIQUE DE CERTAINS TRAITEMENTS

Les anciens chirurgiens n'opéraient pas volontiers les cancroïdes, car ils avaient fort bien remarqué que souvent, à la suite d'une irritation locale, aussi bien, grattage, traumatisme, excoriation, qu'à la suite d'une tentative de traitement par certains caustiques ou par l'instrument tranchant par exemple, ils avaient remarqué que la néoplasie prenait subitement, de ce fait, un accroissement beaucoup plus rapide et que la gravité de cette petite tumeur, en apparence torpide, augmentait singulièrement. Aussi leur donnaient-ils communément le nom de *noli me tangere*.

Cette expression est loin d'être toujours exacte cependant, et elle est moins motivée encore aujourd'hui que nous possédons des moyens souvent efficaces de lutter contre l'envahissement du néoplasme et de le détruire. Aussi doit-on restreindre *le noli me tangere* et le réserver à des cas bien déterminés que les cliniciens préfèrent ne pas toucher.

M. Gaucher dans ses « *Leçons sur les maladies de la peau* (1) » s'exprime ainsi à ce sujet :

1. Gaucher, tome II p. 305.

« 1° Il ne faut pas opérer les épithéliomas trop étendus
« pour qu'on puisse pratiquer l'ablation ou la destruction
« complète. Une opération incomplète est plus dange-
« reuse qu'utile : elle donne un nouvel essor au dévelop-
« pement de la néoplasie ;

« 2° Les épithéliomas accompagnés d'engorgement
« ganglionnaire doivent être également respectés. L'opé-
« ration de la lésion cutanée laisserait subsister le cancer
« ganglionnaire, qui pourrait devenir le point de départ
« d'une généralisation rapide ;

« 3° Il vaut mieux également ne pas toucher à un can-
« croïde ulcéré dont l'évolution est rapidement enva-
« hissante ;

« 4° Enfin les épithéliomas torpides des vieillards don-
« nent une survie beaucoup plus longue, si on ne les
« opère pas ».

En dehors de ces contre-indications opératoires il faut intervenir et intervenir le plus tôt possible. Mais quel procédé mettre en jeu ? C'est ici que la difficulté commence ; car il n'est peut-être pas d'affection qui ait donné lieu à un plus grand nombre de méthodes de traitement que l'épithélioma cutané !

De tous temps, en effet, on a essayé contre les cancers les médications les plus diverses. En général, les résultats n'ont pas été très encourageants et c'est bien le cas de répéter que la variété et la quantité des topiques et des médications employées, témoignent de notre impuissance à guérir cette redoutable affection dans beaucoup de cas tout au moins.

Sans vouloir refaire au complet l'historique des moyens

employés à détruire le cancer de la peau, nous allons retracer brièvement les différents genres de traitements auxquels on s'est adressé.

C'est un exposé critique que nous voulons tenter ; car en faisant suivre chaque méthode, des reproches qu'on peut lui adresser, ou mieux encore de la critique elle-même qu'en ont faite les auteurs ou ceux qui l'ont préconisée, nous ferons ainsi mieux ressortir les avantages du traitement par la cautérisation ignée et le chlorate de potasse ou de magnésie ; traitement, qui, sans avoir la prétention de s'appliquer à tous les cas et d'être toujours couronné de succès, est appelé, peut-être, à rendre quelques services et compte déjà, d'ailleurs, à son actif quelques cas de guérisons, immédiates tout au moins, et des cas d'amélioration incontestable.

Il est bien entendu cependant, et nous tenons à le répéter une fois encore avant d'entreprendre cet exposé, que nous ne rejetons aucun des traitements qui ont été préconisés contre l'épithélioma cutané. Tant que nous n'aurons pas un traitement vraiment spécifique, (et peut-on prévoir sa découverte !), tous sont rationnels ; tous sont logiques ; tous ont donné, dans certains cas, des résultats très satisfaisants ; tous enfin ont obtenu des succès là où un autre traitement, en apparence meilleur, avait complètement échoué ; et loin de les exclure, nous dirons qu'il est parfois bien heureux que nous ayons à notre disposition une assez grande variété d'agents thérapeutiques pour nous donner un instant l'illusion d'un peu d'amélioration dans une affection trop souvent, hélas, incurable !

Aussi, notre but en ce moment est uniquement d'essayer

de démontrer que là où d'autres traitements auraient été difficiles, très aléatoires ou même dangereux, on pourra retirer de la cautérisation ignée, telle que nous l'exposons, un réel bénéfice et des avantages sérieux.

Les différents traitements que l'on a tour à tour préconisés contre l'épithélioma cutané peuvent se diviser aussi :

1° Traitements internes ; 2° modificateurs externes et agents destructeurs.

Du traitement interne nous ne dirons que quelques mots, car si l'état général du malade peut parfois se bien trouver d'un régime fortifiant, son effet local sur le néoplasme paraît bien illusoire ; et l'iode, le mercure, l'iodure de potassium, la quinine, le chlorate de potasse, l'arsenic surtout, considérés à tour de rôle comme spécifiques, ont dû être délaissés. Il existe cependant quelques observations de Pospoloff, professeur à Moscou, et de Lassar (1) où ce mode de traitement aurait été couronné de succès ; mais ce n'est d'ailleurs qu'un traitement purement empirique et qui n'offre vraiment aucunes garanties sérieuses.

Quant aux *agents externes* ils sont presque innombrables et s'ils ont tous quelques guérisons isolées à leur actif, presque tous aussi ne sont plus employés qu'à titre palliatif dans des cas désespérés ou inopérables.

C'est ainsi que l'on a appliqué sur la peau malade : de l'eau simple très chaude ou très froide ; des *cataplasmes*, de fécule de pomme de terre, de farine de lin ; des *pommades* à l'iodure de potassium, iodure de plomb, à l'acide

1. Lassar *Semaine médicale* 1893.

phénique, borique, pyrogallique ; *des badigeonnages* à l'acide lactique, acide acétique, acide chromique, au nitrate acide de mercure, au nitrate d'argent, au chlorure de zinc, à la potasse caustique, l'extrait de chélidoine, la tuya occidentalis ; *des poudres* telles que l'aristol, l'iodol, la résorcine ; *des solutions* de chlorate de potasse, d'arsenic ; *des emplâtres* à la résorcine de Unna ; *des pâtes*, de Canquoin, arsénicales ; *des injections hypodermiques modificatrices* d'alcool, de thérébentine, d'acide tannique, de liqueur de Fowler, de liqueur de Boudin, d'iodure d'arsenic, d'iodure de potassium, de teinture d'hamamelis virginica, d'ergotine, de naphthol camphré. On a même associé des applications simultanées ou successives de médicaments différents. M. Darier emploie l'acide chromique et le bleu de méthylène ; M. Kuhn d'Elbeuf, l'acide chromique et l'acide arsénieux ; le Dr Gavino (congrès de Rome), le sublimé et l'acide azotique. Il n'est pas jusqu'à l'inoculation des streptocoques de l'érysipèle (Busch et Fehleisen) que l'on n'ait tenté dans un but thérapeutique contre le cancer qui eut aussi ses essais de sérumthérapie.

Mais de toute cette énumération, incomplète encore, nous ne retiendrons, pour les examiner un peu plus en détail, que les moyens capables de détruire la tumeur : les destructeurs chimiques ; l'opération sanglante ; enfin la cautérisation ignée.

Pour ce qui est des caustiques chimiques on peut caractériser d'un mot les reproches à leur adresser : le caustique en général est un destructeur brutal et aveugle, et

il est toujours dangereux entre des mains inhabiles ou trop timides.

Nous avons insisté à dessein précédemment, dans le mode d'accroissement des tumeurs, sur l'étroite parenté des tissus néoplasiques et des tissus sains, pour montrer qu'il ne pouvait guère exister de caustiques spécifiques ; c'est-à-dire, un agent capable de détruire la vitalité des cellules néoplasiques en les poursuivant dans l'intimité des tissus sains sans altérer aussi ces derniers. Dans ces dernières années cependant, plusieurs travaux ont été tentés en vue d'essayer de prouver l'action spécifique de l'arsenic à l'égard du cancer ; et les différentes préparations arsénicales que l'on avait employées jusque-là : pâte du frère Côme, pâte de Rousselot, de Dubois, de Dupuytren, poudre arsénicale du Codex de 1837, poudre de Cazenave, caustique de Plunhett, poudre de Justamand, caustique de Manec, etc..., ont reçu une heureuse modification dans la solution hydro-alcoolique de MM. Cerny et Trunececk de Prague, qui est, sans contredit, l'une des meilleures préparations arsénicales à employer.

Mais aux yeux des auteurs de cette méthode eux-mêmes, ce traitement qui devait obtenir « la guérison radicale du cancer épithélial » (*Semaine Médicale*, mai 1897), ne tardait pas à avoir quelques inconvénients et ne se trouvait pas applicable à tous les cas. Aussi, dans la *Semaine Médicale* de 1899 publiaient-ils un nouvel article « sur les formes de cancer justiciables des applications arsénicales » ; desorte que les résultats obtenus sont loin d'avoir entièrement confirmé la spécificité de ce traitement et l'action élective de l'arsenic.

Le traitement de MM. Cerny et Trunececk a été expérimenté souvent depuis, on en a fait ressortir les avantages, on a critiqué ses inconvénients ; il nous suffira donc de les reproduire brièvement :

C'est d'abord *la douleur*, douleur si intense et si persistante qu'elle a pu provoquer des syncopes. A la Société de Dermatologie en mars 1898, M. Hallopeau signalait ces douleurs, et M. Hermet d'ajouter : « M. Cerny m'a dit qu'à Prague beaucoup de malades refusent de continuer le traitement à cause des douleurs qu'il provoque ». De plus, les anesthésiques paraissent inefficaces contre cette souffrance ; on a, en effet, sans grand succès, incorporé l'orthoforme à la solution Cerny-Trunececk ; et l'injection préalable de cocaïne est aussi inefficace, « car la douleur acquiert son maximum dans les 5 ou 6 heures qui suivent l'application ».

C'est ensuite *l'œdème périphérique*. M. Ducastel, toujours dans la même séance à la société de Dermatologie disait : « Je me suis efforcé d'appliquer exactement les préceptes détaillés qu'ont donnés les auteurs dans leur communication à la *Semaine Médicale*, et j'ai dû y renoncer en présence de la violente inflammation produite par l'acide arsénieux. Je ne nie pas, ajoutait-il, les avantages qu'on peut en retirer, mais je crois que ce traitement est délicat à employer et qu'il exige une certaine éducation ».

On a signalé également un coryza rebelle et de la conjonctivite, quant à l'intoxication possible par l'arsenic, Pacal, (1) considère ce danger « comme chimérique »,

1. Pascal. Thèse de Montpellier 1898.

mais il nous semble qu'il faudrait tenir compte de l'âge et de la résistance du sujet ainsi que de l'étendue de la lésion et de la surface d'absorption.

Enfin la *récidive* est loin d'être rare ; et alors, tout le monde est unanime à ne pas temporiser plus longtemps avec les caustiques et à recourir immédiatement à l'exérèse « La cicatrice peut contenir dans son épaisseur, un ou deux nodules douteux dont la surveillance s'impose » Cerny Trunecek ; les récidives post-opératoires, des cancroïdes relèvent du bistouri.

Que dire maintenant du bistouri ? son procès a été jugé depuis longtemps aussi, et s'il reste le seul moyen d'intervenir dans les cas très graves et lorsque les autres traitements ont échoué, il n'en est pas moins vrai que c'est un pis aller, et qu'il a, contre lui, de tels inconvénients qu'il doit être proscrit de tous les cas non désespérés.

Théoriquement sans doute, l'extirpation complète du groupe cellulaire en puissance d'hyperplasie devrait amener la délivrance du malade ; mais, en pratique, cet heureux résultat est trop souvent empêché, comme nous l'avons vu précédemment « soit que l'ablation des éléments néoplasiques ait été incomplète, et que ceux qui restent dans la plaie continuent à croître pour former une nouvelle masse néoplasique ; soit que la zone de prolifération par transformation sorte plus ou moins des limites du champ opératoire, et la tumeur se reforme aux dépens d'éléments sains en apparence, mais encore en puissance de cancer ; soit enfin que des fragments de la masse pri-

mitive soient tombés dans la plaie opératoire et se soient greffés au milieu des tissus sains » (1).

Il est vrai que ces causes d'insuccès peuvent être évitées dans une certaine mesure en faisant une extirpation aussi large que possible. Mais alors que deviendra la cicatrice à la suite de cette énorme perte de substance ? Comment « dépasser la tumeur d'un centimètre » lorsque l'épithélioma siège, comme dans certaines de nos observations, sur le bord libre d'une paupière, au front, lorsqu'il a envahi les os, lorsqu'il y va de l'ablation du pavillon de l'oreille ? Sans doute, pour obvier à la laideur d'une cicatrice, pour obvier à la rétraction qui accompagne parfois une perte de substance, on pourra faire des greffes ; certaines ont réussi à merveille ; mais outre qu'elles ne sont pas à l'abri des récidives, l'autoplastie n'est pas toujours facile !

De plus, une intervention sanglante chez des vieillards, dans des conditions souvent spéciales, n'est pas chose à entreprendre à la légère. Trassagnac, dans sa thèse inaugurale, cite un certain nombre de faits qui démontrent qu'on ne saurait être trop réservé dans l'emploi d'interventions méthodiques et rigoureuses portant sur la face chez les vieillards. Polloson perdit un de ses malades quelques heures après une intervention de ce genre. Albertin vit un de ses opérés mourir 24 heures après l'extirpation d'un cancroïde de la face, quoique l'opération n'ait rien eu d'anormal comme gravité opératoire.

1. Fabre-Domergue. *Les cancers épithéliaux*, p. 409.

L'anesthésie n'est pas toujours inoffensive chez de vieux cardiaques et sans tenir compte de la pusillanimité de certains malades, on comprend que l'on puisse hésiter en présence de vieillards atteints d'athérome généralisé, souvent alcooliques, chez lesquels la vitalité des tissus est compromise et la résistance organique amoindrie !

Néanmoins l'intervention sanglante reste la seule intervention possible dans certains cas de cancers profonds et très étendus, ainsi que dans les épithéliomas des muqueuses (bien que dans un cas traité par le thermo-cautère et le chlorate de magnésie, M. le Dr Gaucher ait obtenu un merveilleux succès).

« Les résultats du traitement chirurgical du cancer de la face sont ceux de tous les cancers, c'est-à-dire, médiocres ; la récurrence locale survient parfois rapidement et n'est qu'une continuation de la maladie » (Maillard) (1).

Nous n'ajouterons que peu de mots pour le raclage, préconisé surtout par Vidal et qui compte à l'heure actuelle de nombreux partisans ; ses inconvénients sont ceux du bistouri, car pour être efficace, il doit être étendu et profond et n'est alors qu'une intervention chirurgicale déguisée.

Nous ne faisons que mentionner pour mémoire, la destruction par broyage, l'écrasement sous-cutané et la régression par compression, qui n'ont plus de partisans aujourd'hui.

Un mot seulement, en passant, du traitement de

1. Maillard. Thèse de Paris, 1900.

M. Filaretopoulos, professeur agrégé à l'université d'Athènes (1), qui se basant sur l'origine microbienne du cancer, institue un traitement dans lequel l'acide phénique joue le principal rôle; mais nous avons vu que l'origine microbienne de l'épithélioma n'est rien moins que démontrée, et le serait-elle, que les résultats obtenus par cette méthode laisseraient encore à désirer.

Quant aux différents sérums préconisés contre les néoplasies, leur nombre et leur variété seuls suffisent à retirer toute confiance dans leur emploi. Les résultats obtenus d'ailleurs ne sont guère encourageants et on nous permettra de ne pas insister davantage.

Nous avons fait de trop nombreux emprunts à l'excellent ouvrage de M. Fabre-Domergue, pour ne pas faire allusion, en terminant ce chapitre, à un traitement, à l'état de projet encore et dont l'idée a pris naissance avec la théorie de la désorientation cytotropique des tumeurs : Ne pourrait-on, en rectifiant la direction cytotropique, imprimer aux tissus constitutifs des cancers épithéliaux, la direction normale grâce à laquelle ils évoluent toujours dans le sens centrifuge?

Les fluides électriques et magnétiques modifient en effet facilement la direction imprimée à la cellule vivante et si la théorie de la déviation est juste, aurons-nous un jour un traitement vraiment spécifique et efficace de l'épithélioma ?

1. Filaretopoulos. *Revue des maladies cancéreuses*, Paris, 1896.

CAUTÉRISATION IGNÉE. HISTORIQUE

Le traitement des plaies, ulcères, tumeurs, par le fer rouge remonte à la plus haute antiquité. Les anciens chirurgiens préféraient le fer rougi à toute autre intervention dans l'ablation du cancer. Hippocrate, Celsus n'eurent guère d'autre pratique.

Au xvi^e siècle, Fabrice d'Aquapendente enlève le cancer mammaire à l'aide d'un fer rouge et cautérise ensuite le pourtour de la plaie à l'eau forte. Cependant, lorsqu'Ambroise Paré eut inventé la ligature des vaisseaux, on restreignit un peu l'usage du cautère, si douloureux et dont l'outillage était peu pratique et même assez effrayant et il ne fut guère plus employé, dès lors, que pour arrêter une hémorrhagie superficielle à la suite d'une opération, ou comme précaution *contre la récurrence* après l'ablation du cancer avec le bistouri, ainsi que le faisait le professeur Gosselin (1).

Le cautère, en effet, tel qu'il existait à cette époque, avait un grand inconvénient : celui de ne pouvoir être porté dans les tissus d'une certaine épaisseur à cause de son action forcément limitée par suite de l'escarre produite. Mais avec les perfectionnements apportés dans

1. Cité par Fortier. Thèse de Paris, 1851.

la cautérisation, avec le thermo-cautère Paquelin, avec le galvano-cautère, ce mode de traitement dans les Dermatoses cutanées devait prendre un nouvel essor. En 1880, Guibout, pour la première fois, à l'hôpital St-Louis, traite un lupus de la face avec le thermo-cautère. Depuis cette époque la cautérisation ignée entrainait définitivement dans la thérapeutique des maladies de la peau ; et l'épithélioma cutané ne devait pas tarder à en bénéficier.

Il revient à M. Besnier d'avoir préconisé et institué vraiment le traitement par la cautérisation ignée de l'épithélioma superficiel de la peau de la face et en particulier des épithéliomas dits perlés qui se développent sournoisement sous les plaques de séborrhée concrète si fréquentent chez les vieillards (1).

Depuis, ce traitement a subi quelques modifications soit dans la façon de pratiquer la cautérisation, soit dans les adjuvants que l'on a donnés au traitement par le feu.

Parfois même la cautérisation a été reléguée au second plan comme dans le traitement que M. Darier intitule : « Traitement de l'épithélioma de la peau des paupières et du nez par le bleu de méthyle combiné à l'acide chromique et au galvano-cautère » ; car si la cautérisation ignée y figure, elle y joue un rôle si effacé, que l'auteur lui-même la considère « comme pas absolument indispensable », mais comme « abrégéant certainement le traitement » qu'elle ne fait en somme que précéder et préparer, tout le *modus faciendi* consistant en attouchements légers

1. Besnier. *Traduction de Kaposi*, notes du traducteur.

à l'acide chromique au 1/5 et en imprégnations de la plaie au bleu de méthyle. D'après l'auteur, le bleu de méthyle n'aurait pas « une action spécifique, mais un pouvoir antiseptique et pénétrant des plus marqués, avec une action élective sur les tissus morbides (1). De plus, les cas auxquels s'adresse le traitement « épithéliomas de la peau des paupières et du nez » sont trop restreints, et nous croyons que les limites de la cautérisation ignée bien pratiquée peuvent être reculées un peu plus loin encore. Enfin ce n'est pas de la cautérisation que parle M. Darier quand il conclut que « les guérisons que l'on obtiendra par ce traitement seront bien plutôt dues aux soins méticuleux qu'on mettra à l'appliquer, qu'à une action spécifique ».

M. Moreau de Toulouse, a modifié également, dans ces dernières années, le traitement par la cautérisation ignée qu'il adopte comme procédé de choix et qu'il emploie suivant la méthode de M. Besnier, c'est-à-dire, l'ignipuncture interstitielle et fragmentée ; mais auquel il avait ajouté des badigeonnages avec une solution alcoolique de menthol, qu'il vient de remplacer récemment par l'*ammoniol*, antiseptique composé résultant de la solution de plusieurs sels, sulfate de cuivre ammoniacal, acétate de plomb cristallisé, chlorure de sodium, dans l'eau légèrement acidulée, à laquelle on ajoute des teintures végétales, l'eucalyptus, la tuya et le menthol ; et qu'il considère comme une modification avantageuse à la fois de l'Eau d'Allibour et du Lauréol (2),

1. Domec. Thèse de Paris, 1895.

2. Moreau. *Annales de la police inique de Toulouse*, 1900.

Le traitement que nous allons décrire maintenant, est celui que nous avons vu employer par M. le Dr Gaucher à l'hôpital Saint-Antoine où il l'expérimente depuis plusieurs années.

Dans une communication au Congrès international de Dermatologie de Londres en 1896, M. le Professeur agrégé Gaucher fit ressortir les avantages du traitement qui consistait alors en cautérisation ignée et en applications locales de poudre, de pommade ou de lotions au chlorate de potasse ; mais depuis deux ans, il expérimente un autre sel chlorique, le chlorate de magnésie, en applications externes. Les résultats obtenus ont été assez encourageants pour le faire entrer dans le traitement du cancer cutané et le substituer même au chlorate de potasse dans certains cas.

L'éloge du chlorate de potasse n'est plus à faire et son entrée dans la thérapeutique du cancer est déjà ancienne puisqu'elle semble dater de 1845. Ce médicament était employé depuis quelque temps déjà dans diverses affections, de la bouche notamment, mais c'est un médecin italien Tedeschi, qui rapporta le premier fait bien observé de guérison d'un « ulcère cancéreux ».

Peu à peu son usage se vulgarisa et il fut fréquemment employé comme topique dans les plaies de mauvaise nature, dans les vieux ulcères et dans les cancroïdes. Les vétérinaires en faisaient usage pour guérir les tumeurs épithéliales chez les animaux domestiques (1). Il existe également de nombreux cas d'épithéliomas chez l'homme

1. Leblanc. *Des tumeurs épithéliales chez les animaux domestiques*, Paris 1863.

où l'emploi du chlorate de potasse, *intus et extra*, amena la guérison ou tout au moins l'amélioration de la lésion. (Milon, Veeden, Coocke, Bergeron, Borchet, Féréol, etc.).

Pilate d'Orléans en 1879(1) rapporte 51 cas de cancroïdes traités par le chlorate de potasse et où il a relevé 24 guérisons, 13 améliorations et 14 insuccès. Vidal obtient aussi plusieurs succès confirmés et il concluait à ce sujet, sans pouvoir d'ailleurs expliquer l'action du chlorate de potasse qu'il ne considérait pas comme spécifique mais, comme « oxydant » et comme « avivant les tissus qu'il rendait plus roses et plus vivaces » : « Dans les variétés d'épithéliomas qui n'ont pas envahi toute la profondeur du derme, j'ai obtenu de bons résultats ; j'ai vu des guérisons dans les formes superficielles ; dans les formes profondes je ne le recommande que comme un bon pansement, mais pas comme un bon traitement curatif (2).

Depuis, la faveur accordée au chlorate de potasse s'est encore accrue et si Dolbeau prétendait « qu'il n'amenait pas la guérison définitive du cancroïde et ne prevenait pas la récidue » il reconnaissait néanmoins son action favorable sur les plaies, et l'on peut le considérer à bon droit aujourd'hui comme un adjuvant sérieux de la cicatrisation et de la guérison. Il a même suffi seul, sans intervention opératoire à assurer, le succès dans certains cas d'*ulcus rodens* peu étendu.

Mais il est préférable de l'employer sous forme de pommade, car l'application de la poudre est douloureuse et

1. Pilate. *Société de chirurgie*, 29 octobre 1879.

2. Vidal. *De l'épithélioma de la peau. Gaz. des hôpitaux*, Paris 1879, p. 908.

et les compresses imbibées de solution chloratée ont l'inconvénient de sécher très vite.

Pour ce qui est du chlorate de magnésie, nous ne saurions mieux faire que de laisser la parole à M. le Dr Gaucher (4).

« Il y a un autre sel chlorique, dit-il, auquel a pensé M. le Dr Barbarin, et que je suis en train d'essayer sur son conseil, c'est le chlorate de magnésie.

« Vous savez que la magnésie administrée à l'intérieur possède une action d'une certaine efficacité sur les productions épithéliales. On l'a prescrite contre les verrues ; Verneuil l'ordonnait dans toutes les néoplasies cancéreuses,

« En raison de cette propriété de la magnésie, il m'a semblé logique de substituer au chlorate de potasse le chlorate de magnésie, au lieu du chlorate de soude. Les résultats que j'ai obtenus jusqu'à présent sont assez encourageants. Le chlorate de magnésie, en solution à 20 pour 100, a l'avantage d'être très bien supporté, sans provoquer de douleur appréciable, et il constitue un excellent topique cicatrisant les ulcérations cancroïdales.

« On pourrait même le prescrire à l'intérieur, car il est certainement moins toxique que le chlorate de potasse. Il résulte des expériences que j'ai fait faire par mon interne, M. Baillet, que le chlorate de magnésie, administré en injections intra-péritonéales, chez le cobaye, n'est plus toxique à la dose de 1 gr. par kilogramme d'animal. Vous

1. Gaucher, *Leçons sur les maladies de la peau*, t., p. II, p. 307.

voyez donc que, chez l'homme, on peut facilement le prescrire aux mêmes doses, au moins, que le chlorate de potasse ».

Et ailleurs, le même auteur explique ainsi sa préférence pour ce dernier sel : « j'emploie le chlorate de magnésie, supérieur au chlorate de potasse, car il est moins irritant, et il a plus d'action » (1).

1. Gaucher, *Journal de médecine intern.*, 1900, p. 759.

DESCRIPTION DU TRAITEMENT

Voici maintenant, telle que nous l'avons vue employer par M. le professeur agrégé Gaucher à l'hôpital St-Antoine, quelle est la technique opératoire du traitement de l'épithélioma cutané par la cautérisation ignée et le chlorate de potasse ou de magnésie.

Cette technique varie un peu suivant qu'il s'agit d'un néoplasme de petit ou de moyen volume que l'on veut détruire complètement, ou d'une tumeur de grande dimension à l'envahissement de laquelle il faut d'abord s'opposer. Nous indiquerons la conduite à tenir dans les deux cas.

Une précaution indispensable est d'abord de débarrasser la tumeur de tous les produits concrétés à sa surface, de la déterger complètement, afin que les tissus infectés soient bien directement exposés au cautère. Il faut avoir grand soin pour cela de ne pas faire saigner la lésion ; aussi le meilleur moyen, et celui que l'on emploie toujours, est de faire une pulvérisation boriquée de quelques minutes, après laquelle la croûte se détachera d'elle-même laissant à nu les tissus néoplasiques. Si la croûte était très adhérente il serait nécessaire de la ramollir préalablement par l'application, pendant 24 ou 48 heures, de cataplas-

mes, de fécule de pomme de terre par exemple, ou de simples compresses humides.

On pratique alors la cautérisation.

Dans la grande majorité des cas, l'asnésthésie locale est inutile, mais pour rassurer le malade que la vue du fer rouge peut effrayer, et pour vaincre sa pusillanimité, on peut faire un léger stypage au chlorure de méthyle ; mais c'est là une précaution superflue et dont, le plus souvent, le patient se passe très bien.

Avec le thermo-cautère ou le galvano-cautère, mais de préférence *avec le couteau du thermo-cautère*, porté au rouge sombre seulement s'il s'agit d'une surface fongueuse et très vasculaire, au rouge vif si l'hémorrhagie n'est pas à craindre, on cautérise *d'abord* et au centre d'abord, toute la partie saillante ou ulcérée ; puis, peu à peu, en repassant plusieurs fois au même endroit, si cela est utile, on arrive à la profondeur que l'on juge nécessaire pour que les tissus infectés soient détruits. Ensuite, toujours avec le couteau du thermocautère, mais tenu un peu plus verticalement, de façon à limiter bien nettement, par un petit sillon, les dimensions de la tumeur, *on cautérise avec beaucoup de soins le bourrelet périphérique.*

Ce temps est très important, et de lui seul dépend souvent le résultat de l'opération ; aussi ne faut-il pas craindre d'aller *profondément* et d'insister sur la destruction du bourrelet ; car, d'après ce que nous avons vu au chapitre des généralités, c'est le seul moyen de mettre un terme à l'accroissement et à l'envahissement de la tumeur. Il faut donc concentrer toute son attention sur la des-

truction du bourrelet périphérique, zone envahissante du processus pathologique.

La préférence accordée au couteau du thermo-cautère, tient à ce que la destruction est ainsi plus rapide, plus complète et plus énergique ; et cet instrument a sur le galvano-cautère l'avantage d'un fonctionnement plus commode et plus simple.

S'il s'écoulait un peu de sang (et l'hémorrhagie sauf le cas prévu plus haut) ne saurait être importante avec l'action coagulante que le fer rouge exerce sur les vaisseaux), on pratiquerait en même temps l'hémostase avec un tampon de ouate hydrophile, afin de ne pas être gêné dans la cautérisation.

S'il s'agit maintenant d'un néoplasme volumineux, ayant une ulcération déjà fort étendue, il sera préférable, nécessaire même, pour éviter une perte de substance trop considérable en une seule fois, d'opérer à plusieurs reprises, pour ainsi dire par lots (observation XX) ou de se contenter de faire sur certains points de l'ignipuncture interstitielle avec la pointe fine du thermo-cautère ou du galvano-cautère suivant la méthode décrite par M. Besnier.

Les soins consécutifs à donner à la cautérisation ont également une importance capitale :

L'expérience a démontré que les plus simples étaient de beaucoup les meilleurs. Il faut rejeter absolument l'emploi de topiques et d'emplâtres de toutes sortes après la cautérisation. Pas de rondelles de diachylon, pas de Vigo, pas de poudres inertes ; la suppuration est fréquente après leur application et la cicatrisation se fait lente-

ment. Une simple pulvérisation boriquée d'une durée de 10 minutes environ est nécessaire ; la congésion de la peau voisine produite par le fer rouge sera ainsi calmée, et les quelques gouttes de sang qui auraient pu perler au niveau de la partie cautérisée disparaîtront. Immédiatement après on appliquera un pansement humide simple que le malade gardera jusqu'au lendemain matin.

Avec ce procédé, jamais, à l'hôpital Saint-Antoine, il n'y a eu un seul cas de complication ou de suppuration, jamais d'irritation de la plaie ni d'accidents consécutifs à la cautérisation.

Les jours suivants et pendant 4 ou 5 jours, on fera chaque matin une pulvérisation boriquée suivie d'un pansement humide simple. Si le malade veut se soigner chez lui et qu'il n'ait pas de pulvérisateur, on lui recommandera alors de lotionner plusieurs fois par jour la partie cautérisée avec une solution saturée de chlorate de potasse, ou simplement avec de l'eau boriquée.

Lorsque, vers le quatrième ou cinquième jour l'escare, complètement détachée, sera tombée, on continuera encore les pulvérisations et l'on appliquera alors, en permanence, pendant toute la journée, une couche de pommade au chlorate de magnésie, dont voici la formule employée par M. Gaucher.

Chlorate de magnésie. 5 gr.

Vaseline 30

Poudre de talc porphyrisée et stérilisée. . q. s.

pour épaissir.

On peut remplacer cette pommade au chlorate de ma-

gnésie par une pommade semblable au chlorate de potasse et formuler ainsi par exemple :

Chlorate de potasse pulvérisé et tamisé. . . 6 gr.

Vaseline 30

Poudre de talc ou poudre d'amidon. q. s.

pour épaissir la pommade.

Enfin, si la cautérisation, pour une raison quelconque, n'a pas été complète ou suffisante, on pratiquera, dès qu'il sera nécessaire, une nouvelle cautérisation toujours suivie d'une pulvérisation et de l'application d'un pansement humide pendant 24 ou 48 heures et le traitement sera repris comme précédemment.

Nombre des cautérisations. — Quant au nombre des cautérisations nécessaires pour arriver à un résultat définitif, il ne saurait naturellement être fixé d'avance ; et toute question de gravité et d'étendue de la tumeur mise à part, on peut dire avec M. Besnier que « le nombre en sera d'autant moins grand que l'on aura mieux exécuté les séances, ce qui dépend un peu de l'opérateur et beaucoup de la patience et de la docilité du malade ».

Dans nos observations nous trouvons, en effet, toutes les limites, depuis les cas, assez rares il est vrai, où une seule cautérisation a suffi, jusqu'à ceux où l'on a dû suivre et cautériser les malades pendant plusieurs mois avant d'arriver à un succès durable.

Dans les cas bénins d'épithéliomas superficiels et de dimensions restreintes, une seule cautérisation a pu suffire (Observations I, X, XIX) ; généralement cependant cette opération a été renouvelée, non pas aussi largement que

la première fois, mais sur quelques points seulement. C'est ainsi que :

Dans 3 cas (Observations XVI, XIV, III) il y a eu 2 cautérisations.

Dans 6 cas (Observations VII, XI, XII, XIII, XV, XVIII) il y a eu 3 cautérisations.

Et encore, dans un de ces cas, où les 2 premières cautérisations, faites avec la pointe fine du galvano-cautère, avaient été manifestement insuffisantes, il a suffi d'une seule cautérisation pratiquée plus profondément et plus largement, comme nous l'avons indiqué, avec le couteau du thermo-cautère, pour amener la guérison.

Les autres cas de guérison furent cautérisés plus souvent, et nous nous contenterons de signaler à part l'Observation II où il s'agit d'un épithélioma très étendu du front et dans laquelle le malade est suivi depuis 7 années. Nous reviendrons, du reste, un peu plus longuement sur ce cas quand nous parlerons des résultats.

Durée du traitement. — La durée du traitement est aussi fort variable. Dans les cas graves, le traitement a dû être continué parfois pendant fort longtemps ; et nous nous bornerons à faire observer, sans pouvoir fixer de chiffres très précis, que dans certains cas de succès la guérison a été complète en 15 à 20 jours, dans 6 cas (Observations III, IX, XV, XVI, XVIII, XIX).

En 2 à 3 mois, dans 5 cas (Observations V ; VII, XII, XIII, XIV).

Les autres chiffres que nous pourrions donner seraient par trop approximatifs, le traitement ayant été plus ou moins régulièrement et convenablement suivi, ce qui est capital.

AVANTAGES DU TRAITEMENT. — CONTRE-INDICATIONS. — INCONVÉNIENTS

Le traitement de l'épithélioma cutané tel que nous venons de l'exposer, nous paraît présenter un certain nombre d'avantages que l'on peut grouper ainsi : 1^o avantages de la cautérisation ignée proprement dite ; 2^o, avantages résultant de l'application de ce traitement à des épithéliomas de variété et de siège tels qu'ils ne seraient que peu ou pas accessibles à d'autres moyens thérapeutiques. Quant aux avantages dûs à l'emploi du chlorate de potasse ou du chlorate de magnésie, nous avons suffisamment insisté sur les propriétés de ces corps pour qu'il nous soit permis de n'y pas revenir.

I. — La cautérisation ignée est un *moyen certain de destruction*. Pour peu qu'on en ait l'habitude, en effet, et que l'on ne soit pas trop timide ou craintif à l'excès, on arrivera rapidement, et à peu près sûrement, à la destruction complète du néoplasme, car l'action locale destructive du cautère peut aller jusqu'à la volatilisation.

Les cautérisations, cela va sans dire, devront être conformes aux conditions topographiques particulières des régions ; et l'on ne saurait ici poser de règles précises, la profondeur à laquelle on doit porter le cautère

variant nécessairement avec l'épaisseur de la peau, celle du néoplasme lui-même et son siège.

C'est un moyen de *destruction intelligente*. Sans cesse guidé par l'œil, on peut limiter l'action du cautère soit en étendue, soit en profondeur surtout. Cela seul lui donne une supériorité considérable sur les caustiques potentiels ou caustiques chimiques qui, comme nous l'avons vu, sont souvent insuffisants ou trop énergiques. C'est donc substituer une destruction puissante mais limitée au gré de la volonté, à une destruction aveugle et brutale.

C'est un *moyen inoffensif*, qui, s'il ne réussit pas toujours, n'empêche pas de recourir à un autre mode de traitement et ne produit pas sur la néoplasie une irritation qui peut en aggraver le pronostic ou en accélérer la marche.

De plus, avec lui, pas de ces délabrements considérables qui déterminent une grande perte de substance difficile ou impossible à combler.

Par son *action coagulante* sur les vaisseaux, la cautérisation ignée est le procédé qui offre le plus de garanties de succès en évitant le plus de chances possible de récidives ou d'auto-inculations. Si on a soin, en effet, ce qu'il faut toujours faire, de ne chauffer le cautère qu'au rouge sombre, il n'y aura que peu ou pas de sang répandu. Les vaisseaux sont aveuglés en même temps que sectionnés. Enfin la destruction ayant lieu sur place et sans manipulations des parties avoisinantes, sans que les tissus infectés soient mis un seul instant en contact avec les tissus sains, on réduit au minimum les chances d'auto-inocula-

tion ; auto-inoculation qui est parfaitement démontrée, nous l'avons vu, et doit même jouer un rôle important dans la production des récidives *in situ*.

Il est encore un autre avantage considérable, et dont cette méthode est seule à bénéficier, « *les opérations peuvent être faites partiellement, par lots, en séances successives, sans arrêter en rien les occupations habituelles des malades.* » (1).

Il n'est pas nécessaire que ces opérations soient parfaites et complètes d'emblée, elles peuvent être exécutées en plusieurs actes et mesurées suivant la tolérance du malade, ce que le bistouri, notamment, ne saurait faire sans aggraver l'affection et précipiter le résultat.

Quand la néoplasie occupe une grande surface, quand sa marche est particulièrement active et envahissante sur un point, on peut d'abord s'opposer à cet envahissement incessant et essayer de préserver les parties saines, quitte à revenir s'attaquer ensuite aux parties plus torpides.

Enfin les *récidives*, quand elles ont lieu, *sont justiciables du même traitement*. On peut surveiller la cicatrisation, et à la moindre alerte, au moindre point qui paraît suspect, on intervient de nouveau, par prudence même souvent. Et si la destruction ayant été incomplète, la repullulation continue, on peut détruire les nodules épithéliaux, si petits soient-ils, sans pour cela tourmenter les tissus sains et contrarier une cicatrice voisine en formation.

L'âge n'est plus une contre-indication au traitement ;

1. Besnier. *Loco citato*.

et la répugnance de beaucoup de malades pour tout ce qui est opération, cédera rapidement devant l'emploi d'un procédé aussi simple. Certains, en effet, qui n'accepteraient pas volontiers une opération chirurgicale assez douloureuse, et qu'ils savent ne pouvoir être interrompue en route, n'hésiteront guère à se laisser traiter quand ils sauront que la douleur produite par la cautérisation ignée cesse immédiatement le fer rouge enlevé, et si leur pusillanimité est satisfaite par la promesse d'abandonner le traitement, sans inconvénients, s'il est par trop douloureux !

II. — Voilà pour les avantages généraux, inhérents à la cautérisation ignée ; mais il en est d'autres, de grande importance également, et d'ordre un peu particulier qui sont tirés de la forme et du siège de la tumeur.

« Dans les épithéliomas papillaires *de forme très irrégulière* et qu'on ne pourrait détruire avec les caustiques qu'au prix de délabrements considérables, la cautérisation ignée est le procédé de choix ». (Gaucher et Barbe) (1).

Ajoutons à cela que dans les cas *très graves*, à peu près désespérés, où la surface atteinte est considérable ; dans les cas de *cancers avancés*, pour arrêter sur des points déjà atteints ou sur d'autres qui sont menacés, l'extension du néoplasme, la fonte des tissus et toutes les conséquences plus ou moins graves qui en résultent, le meilleur moyen thérapeutique est encore le thermo-cau-

1. Gaucher et Barbe. *Art. trait. épithél. cutané in Thérapeutique appliquée de Robin.*

tère ; moyen palliatif sans doute, mais susceptible cependant de procurer un peu d'amélioration. lorsqu'il n'existe plus aucune chance de guérison.

Par leur siège, certains épithéliomas paraissent parfois se soustraire un peu aux divers traitements. L'emploi du bistouri et des caustiques n'est pas toujours possible, et la proximité même d'organes importants peut les rendre dangereux. Là encore on se trouvera bien de recourir au traitement que nous préconisons, car plus que jamais il faut un destructeur intelligent et économe.

Il suffit pour se convaincre de lire quelques-unes des observations que nous publions à la fin de cette étude, et l'on verra, par exemple, dans l'observation XIV que la néoplasie occupait l'épaisseur même de la paupière inférieure, en intéressant le bord libre, et que l'on pouvait craindre, avec les caustiques, dont l'application aurait été d'ailleurs très difficile, sinon impossible, soit d'irriter le globe de l'œil, soit de perforer la paupière ; et avec le bistouri, d'avoir une cicatrice vicieuse par suite de la rétraction de la peau et consécutivement de la gêne dans l'accomplissement des mouvements physiologiques. Dans les observations II et XXIII, il s'agissait d'épithéliomas développés à la région frontale et ayant déjà déterminé de la périostite ; c'était donc une véritable opération chirurgicale qu'il eut fallu entreprendre et en présence de la perte de substance considérable qui en serait résultée on peut se demander si l'on eut trouvé facilement un lambeau d'autoplastie.

Dans l'observation XVIII l'épithélioma est rétro-auriculaire, et le pavillon de l'oreille, presque complètement

envahi, est si aminci par suite de l'ulcération, que le moins qu'on ait pu proposer à la malade était l'oblation du pavillon et d'une partie de la peau du cuir chevelu attenante, etc..., etc...

Ce sont là, croyons-nous, des considérations dignes d'attention et qu'il n'est pas permis de négliger, surtout, comme c'est généralement le cas dans le cancer cutané, lorsque la lésion siège à la face.

Aucuns des nombreux traitements de l'épithélioma n'est exempt d'inconvénients, et pas plus que les autres la cautérisation ignée n'a la prétention d'être sans cesse couronnée de succès, et il y aura toujours des cancers à l'envahissement progressif et continu desquels on ne pourra rien opposer; tels sont certains ulcûs rodens comme MM. Gaucher et Barbe en ont observé un cas.

Bien que dans un cas, dont l'observation est reproduite à la fin de cette étude (observation I), M. Gaucher ait obtenu un remarquable succès par la cautérisation ignée et le chlorate de magnésie, ce traitement est complètement contre-indiqué dans les épithéliomas *para-muqueux*. La guérison obtenue est un cas unique, croyons-nous. Il ne faut donc rien attendre généralement de son application aux néoplasies siégeant au pourtour des orifices naturels : bord inférieur de l'aile du nez, union des portions cutanées et muqueuses des lèvres

La cautérisation ignée ne peut pas davantage s'adresser aux épithéliomas accompagnés d'engorgement ganglionnaire (à moins, naturellement, qu'il ne soit dû à une infection microbienne secondaire), car si elle peut faire disparaître le foyer cutané, elle restera

toujours impuissante contre le foyer ganglionnaire qui relève du bistouri.

Le traitement que nous avons décrit n'est donc curatif que dans les épithéliomes exclusivement cutanés et superficiels.

Quant à la *douleur* que provoque la cautérisation, elle est réelle et parfois très vive. Mais ce n'est pas là, à proprement parler, un inconvénient sérieux, puisqu'elle cesse dès que le thermo-cautère ou le galvano-cautère est retiré; et c'est ce qu'il faut bien faire savoir et annoncer au malade. Dans l'observation XX où la cautérisation était particulièrement douloureuse à cause du siège, de l'étendue de l'épithélioma, et de la durée que l'on était obligé de donner à la cautérisation, la malade nous a déclaré chaque fois que la douleur cessait complètement dès que l'on retirait le fer rouge et que l'on appliquait au lieu cautérisé un simple tampon d'ouate imbibé d'eau boriquée.

En général cette douleur est supportable et la plupart des malades ont subi cette petite opération sans anesthésie. Celle-ci est possible cependant, et lorsque la pusillanimité des malades oblige à y avoir recours, c'est le stypage au chlorure de méthyle qu'il est préférable d'employer.

Faut-il mettre aussi au nombre des inconvénients l'hémorragie que l'on a signalée parfois à la suite de la cautérisation? M. Gaucher a cité un cas d'ulcus rodens, (1)

1. Voir à la fin observation n° XXII.

qui saignait au moindre attouchement et où il dût avoir recours à la solution officinale de perchlorure de fer pour arrêter l'hémorrhagie. Mais c'est là un cas absolument isolé de cancer grave et avancé, à surface fongueuse dans une région très vasculaire et contre lequel d'ailleurs plusieurs traitements avaient été institués sans succès.

Nous croyons que l'on évitera facilement que l'opération ne devienne sanglante en prenant la précaution essentielle de ne porter la pièce de platine qu'au rouge sombre lorsqu'on voudra attaquer des surfaces fongueuses et très vasculaires, ou que les sujets s'agiteront et feront des efforts qui tendent à congestionner vivement la peau. Il faudra donc beaucoup de précautions dans les régions pourvues de vaisseaux importants comme les régions temporales, parotidiennes.. etc..

Il est enfin d'autres causes d'insuccès communes, il est vrai à tous les traitements, mais peut-être plus fréquentes dans celui-ci à cause de sa durée souvent assez longue. Ces causes tiennent à ce que le malade lui-même ne se prête pas convenablement au traitement.

Il ne veut pas toujours être hospitalisé et souvent il n'est pas possible de le faire ; le traitement est alors souvent incomplet et insuffisant ou imparfait et irrégulier. Le malade devrait être revu fréquemment et surveillé pendant quelque temps ; or il est parfois bien difficile d'obtenir de gens qui souvent refusent de croire à l'importance de leur affection, ou qui, trop optimistes, se croient guéris, alors qu'ils ne sont qu'améliorés, il est parfois bien difficile de

les convaincre qu'ils doivent s'astreindre à un traitement sérieux et continu. Aussi beaucoup ne reviennent-ils que lorsqu'ils éprouvent de nouvelles douleurs et que la repullulation ou la récidence ne sont pas douteuses.

RÉSULTATS

La cicatrice est généralement lisse, molle, complètement souple. Légèrement rougeâtre ou rosée au début elle peut devenir blanche dans la suite sans perdre des qualités primitives. Elle se fait sans entraîner de déformation et sans complications si l'on a soin d'opérer comme nous avons dit.

La guérison immédiate s'obtient dans la plupart des cas bénins et de peu de gravité lorsque le néoplasme est superficiel. Dans les cas très graves le traitement n'est que palliatif, mais malgré cela l'amélioration est toujours sensible ; et il est vraiment regrettable que plusieurs malades aient abandonné un traitement qui semblait faire espérer une guérison prochaine.

Malgré cela, sur les 31 cas dont nous rapportons les observations, nous pouvons enregistrer 20 succès immédiats (1) et 11 améliorations parmi lesquelles trois malades qui ont abandonné prématurément le traitement, 2 résultats incertains, 1 cas absolument désespéré et inopé-

1. (Il est vrai que l'un de ces cas est encore en traitement mais l'amélioration obtenue est si considérable, et le traitement paraît si bien agir que l'on peut le considérer dès maintenant comme un succès).

nable et 3 cas dans lesquels, après la cautérisation ignée, on eut recours au bistouri.

Beaucoup plus intéressants encore seraient les *résultats éloignés* de l'intervention par le feu ! Et pour cela nous avons cherché à revoir les malades ainsi traités. Mais nous nous sommes heurtés là à de nombreuses difficultés, et malgré la bonne volonté que nous y avons mise, nous avons dû souvent interrompre des recherches commencées. Certains malades, d'un âge avancé déjà, ont succombé, après quelque temps, à une affection étrangère ; d'autres ont changé de quartier ou ont abandonné Paris ; quelques-uns même, venus uniquement dans le but de se faire soigner, sont retournés là où leurs occupations les appelaient sans jamais plus donner signe de vie ; de sorte que les renseignements que nous avons obtenus sont bien imparfaits et surtout trop peu nombreux pour en tirer des conclusions fermes au sujet de la durée de la guérison ; et nous nous contenterons de signaler ces résultats sans les commenter autrement.

Dans 1 cas (observation XII), ayant rapport à un épithélioma de la partie latérale de la racine du nez, la guérison complète persiste depuis 14 mois. Mais c'est là une durée encore trop courte qui ne permet pas d'affirmer que la guérison sera définitive, bien qu'elle paraisse cependant vraisemblable.

Dans deux autres cas (obs. VI, VII) ayant trait, l'un à un épithélioma du nez et l'autre à un épithélioma de l'angle interne de l'œil droit, la guérison se serait maintenue complète deux années, c'est-à-dire, jusqu'au décès des malades. Enfin dans un épithélioma développé aux dépens

de la paroi d'un kyste sébacé (observ. X), la malade est complètement guérie depuis 3 ans et n'a encore aucune trace de récidence.

Quant à l'observation II elle mérite d'attirer spécialement l'attention, car elle nous montre la guérison d'un épithélioma très étendu du front, ayant même déterminé de la périostite, et qui n'a pas récidence, à proprement parler, depuis 7 ans. Mais tous les 7 ou 8 mois, ou tous les ans le malade a, pour ainsi dire, comme une nouvelle poussée épithéliomateuse, qui se fait tantôt sur un point, tantôt sur un autre du pourtour de son ancienne lésion, sous forme de petits nodules de la grosseur d'une tête d'épingle environ. On les cautérise au galvano-cautère et le malade est encore plusieurs mois sans rien voir apparaître. La cicatrice de sa lésion primitive est juste située à l'endroit où porte la coiffure que la profession du malade oblige à avoir continuellement sur la tête, de plus, le malade est sans cesse sujet à se gratter ; faut-il donc voir là deux causes d'irritation qui entretiennent cet état incessant de repullulation de la néoplasie et occasionnent ces petites poussées, nous dirons, si discrètes, qu'il est parfois besoin de beaucoup d'attention pour voir les petits nodules ? Ce n'en est pas moins un merveilleux résultat et qui dure depuis sept années.

I. — Cas Favorables.

OBSERVATION I

Guérison d'un épithélioma ulcéré de lèvre inférieure par la cautérisation et l'application d'une pommade au chlorate de magnésie.

Par MM. Gaucher et Herscher. (*Société française de Dermatologie et de syphiligraphie*. Séance du 9 novembre 1899.

Ce malade, cocher de fiacre, est âgé de 51 ans.

Ses antécédents héréditaires ou personnels sont sans aucune importance.

Son père et sa mère sont morts à un âge avancé, sans que l'on puisse savoir à quelle maladie ils ont succombé.

Sa première femme est morte d'une fausse couche et la deuxième d'une hématomèse foudroyante ; jusque-là, elle avait paru jouir d'une assez bonne santé et n'avait présenté aucun signe de tumeur stomacale.

Le malade a perdu plusieurs frères et plusieurs enfants mais il ne peut dire quelles furent les causes de leur mort.

En somme, il renseigne assez mal sur ses antécédents héréditaires, mais il est un point sur lequel il est absolument formel : personne de sa famille n'a présenté de symptômes de tumeur quelconque.

Quant à lui, sauf une attaque de rhumatisme articulaire aiguë dont il a été atteint à l'âge de 20 ans, jamais il n'a souffert de la moindre maladie, jusqu'au mois d'avril dernier.

A cette époque il vit apparaître sur la lèvre inférieure « un

petit bouton » ressemblant absolument à « un bouton de fièvre ». après rupture de la vésicule, une légère quantité de liquide séreux fut évacuée, une ulcération se produisit et cette ulcération augmenta rapidement de dimensions, sa surface devenant le siège d'une sorte de saignottement incessant.

Sa lésion s'étendant de plus en plus, le malade vint consulter à l'hôpital Saint-Louis, vers le mois de Juillet ; on lui prescrivit un traitement local au sujet duquel il ne put donner aucun renseignement ; puis il alla à la Charité où on lui parla d'extirpation.

Enfin, cet homme au mois d'août, vint à la polyclinique de Saint-Louis et se présente avec une tumeur revêtant les caractères suivants :

Il offre à la lèvre inférieure, à l'union des portions muqueuse et cutanée, un peu plus près de la commissure gauche que de la ligne médiane, une petite ulcération assez nettement arrondie, d'un centimètre de diamètre environ ; les bords sont peu saillants ; la base est légèrement indurée ; le fond rouge, irrégulier, est le siège d'un saignottement qui se produit au moindre attouchement ou même spontanément.

En aucun point on ne peut sentir de ganglions.

Cette petite tumeur n'est pas douloureuse, mais elle a été le siège, pendant un certain temps, d'un léger prurit qui fut la cause d'excoriations sans cesse renouvelées.

L'état général du malade est assez satisfaisant ; on est en présence d'un homme vigoureux, un peu gros, au facies trop coloré, mais l'examen de ces divers organes ne permet pas de noter de tare sérieuse, si ce n'est un certain degré d'alcoolisme.

On prescrit des applications permanentes d'une pommade ainsi formulée :

Chlorate de magnésie	12 gr.
Poudre de talc porphyrisé et stérilisé	20
Vaseline	30

Pendant quinze 15 jours, le malade fait très régulièrement ces applications qui ne sont nullement douloureuses, contrairement à celles des pommades au chlorate de potasse.

L'ulcération est déjà améliorée, les bords sont en voie de cicatrisation ; alors on cautérise largement toute la surface de la lésion avec le couteau du therno-cautère et on prescrit de continuer les applications de chlorate de magnésie.

Le malade est revu un mois après cette cautérisation ; la guérison n'est pas encore complète, mais l'amélioration est très considérable : toute la périphérie est cicatrisée et il ne reste plus qu'une petite ulcération d'un ou deux millimètres de diamètre, à base à peine indurée, à fond légèrement irrégulier, ne saignant plus et en voie de cicatrisation.

OBSERVATION III

Epithélioma du front.

K..., 45 ans, gardien de la paix, se présente à la consultation des maladies de la peau de l'hôpital Saint-Antoine le 10 novembre 1893.

Antécédents héréditaires et personnels nuls.

Il y a un an, apparition sur la moitié gauche du front, au-dessus de la bosse frontale, d'une petite cicatrice blanche papuleuse, qui s'en va au moindre traumatisme et saigne facilement.

Cette petite lésion se produit facilement et s'accroît peu à peu de façon à avoir la dimension d'une pièce de 2 francs.

En même temps la peau s'excorie peu à peu et l'ulcération atteint le périoste frontal.

Le malade se présente alors à l'hôpital Saint-Louis où il est traité par l'application de poudre de chlorate de potasse et la galvano-cautérisation.

Actuellement (novembre 1893), la plus grande partie de la tumeur est cicatrisée ; il ne reste plus qu'une petite ulcération à la partie tout à fait externe de la néoplasie.

22 novembre 1893. — La plaque épithéliomateuse est complètement guérie, il ne nous reste plus qu'un petit point à la partie externe. Le malade a en outre des verrues planes sur le côté droit du front ; verrues qu'il excorie continuellement. On continue la pommade au chlorate de potasse.

6 décembre 1893. — L'épithélioma paraît complètement guéri, mais la partie supérieure de la cicatrice est un peu rouge, tomenteuse et à surveiller.

13 décembre 1893. — La cicatrisation persiste. La petite masse indurée constatée précédemment semble diminuer peu à peu.

31 janvier 1894. — La petite masse indurée n'a pas complètement disparu et persiste en partie. On constate de plus une plaque d'eczéma séborrhéique sur la jambe gauche, que l'on traite par l'application de pommade souffrée au 1/30.

22 août 1894. — Depuis une huitaine de jours, il s'est fait une petite récidive sous forme d'ulcération ayant l'aspect d'une petite escarre. Application de vaseline boriquée.

14 novembre 1894. — Cautérisation à l'hôpital Saint-Louis de l'ulcération et pommade au chlorate de potasse.

19 février 1895. — Rougeur très vive de la cicatrice. On ne fait pas de nouvelle cautérisation mais une légère application d'oxyde de zinc.

25 mars 1895. — Cautérisation de la bordure cicatricielle ; que l'on répète les 1^{er} et 23 juillet, la guérison paraît obtenue.

9 mars 1896. — La cicatrisation est complète, il y a cependant un petit point qui voudra être surveillé.

13 avril 1896. — Cautérisation au galvano-cautère, état excellent.

18 mai 1896. — La cicatrice est polie et complète. Aucune apparence de nouvelle récurrence épithéliale.

8 juin 1896. — On cautérise de petits points de récurrence que l'on constate autour de la cicatrice. Cette cautérisation est renouvelée le 6 juillet.

1^{er} mars 1897. — Cautérisation de quelques petits noyaux.

14 juin 1897. — Aucune récurrence. La cicatrice est solide, mais un peu granuleuse par place.

6 décembre 1897. — Le malade ressent quelques démangeaisons. Il n'y a cependant aucun tubercule, mais un peu d'irritation, on lave à l'eau boriquée et l'on prescrit pendant huit jours des applications de vaseline simple.

6 juin 1898. — Il existe toujours quelques points épithéliomateux sur le pourtour de la cicatrice. Cautérisationignée.

7 novembre 1898. — Nouvelle cautérisation. Grande amélioration

18 février 1899. — Quelques démangeaisons à la surface de la plaque produite par plusieurs tubercules récidivants à la surface et sur les contours. Cautérisation avec la pointe

fine du thermo-cautère. A noter la présence d'une petite loupe de la grosseur d'une noisette sur le milieu de la tête.

27 avril 1901. — La cicatrice de l'épithélioma est constamment irritée par la coiffure du malade. Aussi au milieu de la plaque frontale gauche remarque-t-on une petite ulcération que l'on cautérise à l'acide arsenieux.

A droite existe une croûte de séborrhée concrète pouvant recouvrir peut-être une formation néoplasique. Par prudence on fait une pulvérisation afin de détacher la croûte et on cautérise la place au galvano-cautère. On cautérise également quelques points douteux à la périphérie de l'ancienne cicatrice.

18 mai 1901. — Les points cautérisés la dernière fois n'ont pas reparu, l'application d'acide arsénieux sur la petite ulcération du milieu n'a donné aucun résultat. On cautérise encore quelques nodules gros comme des têtes d'épingle. Le petit point de droite qui avait été cautérisé par prudence est très bien cicatrisé et ne présente aucune trace de récidence.

OBSERVATION III

Epithélioma de la face interne de la cuisse gauche.

Mme P..., 75 ans, concierge, présentait à la face interne de la cuisse gauche un nævus pigmentaire datant de la naissance. Il y a environ un mois, le nævus est devenu saillant. A la suite d'un bain de siège, la malade a enlevé une petite squame qui s'était développée au niveau de cette tache pigmentaire.

- Depuis ce temps, il s'est formé, à cette place, une sorte

de petit papillome, qui est recouvert, dans les premiers jours du mois de mai, d'une croûte assez épaisse.

Vers le 12 mai la malade applique sur la petite tumeur au-dessous de la croûte, un fil de soie qu'elle enroule plusieurs fois.

La croûte est tombée le 1^{er} juin; la chute a été facilitée par l'application, jour et nuit de cataplasmes de fécule de pomme de terre. Actuellement : 4 juin 1894 la petite tumeur présente l'aspect d'un épithélioma végétant de la largeur d'une pièce de vingt centimes environ. On cautérise tout le petit néoplasme au galvano-cautère, et l'on institue le traitement au chlorate de potasse.

11 juin. — L'amélioration est très sensible, il ne reste plus qu'une petite surface papillomateuse que l'on cautérise à nouveau.

18 juin. — L'amélioration continue. Il s'est formé une légère croûte à la surface. On prescrit des cataplasmes.

25 juin. — La guérison peut-être considérée comme complète. On appliquera seulement un peu de pommade au chlorate de potasse, pendant quelques jours.

OBSERVATION IV

Epithélioma du nez. Guérison probable.

Mme Pauline B..., 68 ans.

Début il y a deux ans, par une pellicule située sur le côté droit de la pointe du nez. Après la chute spontanée de cette croûte il restait une petite ulcération qui saignait facilement

Il existait aussi une croûte séborrhéique à la partie supé-

rière du front : au mois d'octobre dernier cette croûte est tombée sans laisser d'ulcérations. Nœvus non vasculaires au-dessus du sourcil gauche, au-dessus de la commissure externe de l'œil gauche et au-dessus de l'orifice buccal.

Il y avait aussi une autre croûte séborrhéique large comme une pièce de 50 centimes située sur l'aile gauche du nez ; de simples applications d'axonge ont fait tomber cette croûte.

18 juin 1894. — Cautérisation de l'épithélioma de l'aile gauche du nez. Au-dessus de la petite tumeur il y a une ulcération probablement de nature cancéreuse.

23 juin. — Nouvelle cautérisation.

2 juillet. — Grande amélioration, on ne fait pas de nouvelle cautérisation on appliquera simplement de la pommade au chlorate de potasse.

9 juillet. — L'amélioration continue. Nouvelle cautérisation.

16 juillet. — 23 juillet. — Nouvelles cautérisations. La guérison est à peu près complète.

6 avril 1895. — On cautérise au thermo-cautère deux petits points épithéliomateux qui sont apparus.

La cautérisation est renouvelée les 20 avril, 15 mai, 24 juillet.

30 septembre. — Depuis la dernière cautérisation la malade a été cautérisée tous les lundis, les autres jours on appliquait la pommade au chlorate de potasse.

7 octobre. — Cautérisation de 2 ou 3 petits points suspects.

20 avril 1896. — On commence une série de cautérisations que l'on rejette les 22 juin, 6 juillet, 27 juillet, 3 août, 24 août, 14 septembre.

La malade n'est plus revue alors que le 10 mai 1897. Il s'est produit une petite récurrence sous une croûte séborrhéique;

nouvelle cautérisation.

La malade est morte en 1898 d'une affection étrangère.

OBSERVATION V

Epithélioma de l'aile droite du nez.

R..., 63 ans.

Début il y a 15 ans, par un bouton d'abord gros comme une tête d'épingle, et qui se développe ensuite rapidement.

16 janvier 1895. — Actuellement : ulcération de la dimension d'une pièce de cinquante centimes occupant l'aile droite du nez.

Traitement. — Cautérisation ignée et application de poudre de chlorate de potasse.

23 janvier. — Nouvelle cautérisation sur certains points.

Les cautérisations sont répétées les 23 et 27 janvier et les 2 et 17 février. A cette date l'amélioration est manifeste et l'ulcération a une surface moins étendue.

25 février. — Nouvelle cautérisation.

11 mars. — Très grande amélioration ; l'ulcération ne présente plus que la grandeur d'une pièce de 0,20 et n'est plus végétante.

20 mars. — Quelques papules à la périphérie que l'on cautérise pour plus de précaution. On continuera la pommade au chlorate de potasse. On peut considérer la guérison comme complète.

OBSERVATION VI

Epithélioma du nez.

W..., 52 ans, doreur sur bois, se présente à la consultation des maladies de la peau de l'hôpital Saint-Antoine le 18 mai 1895.

Il y a une quinzaine d'années le malade reçut sur la face latérale gauche du nez, un peu au-dessus de l'aile du nez, une goutte de colle forte. En arrachant cette goutte de colle, le malade aurait enlevé l'épiderme de la partie recouverte. A la suite de cette écorchure il se serait formé une croûte, qui depuis, a constamment persisté, souvent arrachée par le malade, mais se reformant aussitôt. Cette croûte, qui, au début, recouvrait une surface de 5 millim. environ, s'est peu à peu agrandie, et aujourd'hui la surface malade est de la grandeur d'une pièce de 0,50 cent.

Une croûte de coloration rouge-brun la recouvre ; et à la périphérie on remarque un bourrelet saillant qui bourgeonne.

Avant de commencer le traitement, on prescrit des ca'aplasmes ou des compresses humides afin de faire tomber la croûte.

27 mai. — On cautérise le néoplasme au galvanocautère. Cette cautérisation est renouvelée cinq fois jusqu'au 25 novembre de la même année.

17 février 1896. — Cautérisation de quelques points suspects à la périphérie. A part cette petite réserve la guérison est complète.

Le malade meurt en 1898 sans avoir présenté aucune trace de récidence.

OBSERVATION VII

Epithélioma de l'angle interne de l'œil droit.

Mme veuve P..., femme de ménage; 59 ans.

La malade porte à l'angle interne de l'œil droit depuis cinq ou six ans, un papillomè. Il y a quelques mois ce papillome s'est ulcéré spontanément, et actuellement l'ulcération, étant entourée d'un bourrelet périphérique très net du côté le plus voisin de l'œil, a un peu l'aspect cratériforme.

22 juin 1895. — On pratique une première cautérisation au galvano-cautère, suivie d'une pulvérisation boriquée et l'on prescrit, pour les jours suivants, une pommade au chlorate de potasse.

19 juillet. — L'amélioration est très sensible; on fait une nouvelle cautérisation.

Depuis cette époque la malade n'est cautérisée qu'une seule fois dans les premiers jours de septembre. La pommade au chlorate de potasse a toujours été continuée jusqu'au 7 octobre époque à laquelle la malade revient *complètement guérie* et présentant seulement au niveau de son épithélioma guéri une très belle cicatrice.

Nous avons su depuis que Mme P... était morte à la suite d'un accident, (chute dans un escalier), survenu dans les derniers jours de l'année 1897.

Sa guérison datait alors de plus de 2 ans et à aucun moment il n'était apparu de traces de récidive.

OBSERVATION VIII

Epithélioma du front.

Sch..., 58 ans.

Début il y a 3 ans par un petit bouton rouge, autour duquel se sont formées d'autres petites nodosités.

En 1894 à l'hôpital Saint-Louis on cautérise cinq fois, avec le galvano-cautère, divers points de la lésion qui guérit en l'espace de 4 mois.

22 janvier 1896. — Actuellement : cicatrice allongée transversalement, située au milieu du front et ayant à peu près 4 centimètres. Aux extrémités il existe un petit bourrelet qui révèle l'extension de la maladie.

Cautérisation ignée. Pommade au chlorate de potasse.

24 février 1896. — Epithélioma en voie de guérison. Nouvelle cautérisation.

20 avril. — On cautérise à nouveau.

27 mai. — On cautérise à nouveau.

3 août. — Quelques nouveaux points douteux. Cautérisation.

33 février 1897. — La cicatrisation persiste, mais il reste quelques points fibreux durs et douteux, qui demandent à être surveillés.

On peut considérer néanmoins la guérison immédiate, comme obtenue ; mais le malade n'a pu être retrouvé et nous ne pouvons savoir si les doutes que l'on avait sur les points fibreux étaient motivés.

OBSERVATION IX

Epithélioma de l'angle interne de l'œil droit.

Mme Ch..., 51 ans, se présente à l'hôpital Saint-Antoine, 8 juin 1897.

Depuis 4 ou 5 ans, il s'est développé sur la racine du nez, vers l'angle interne de l'œil droit une éruption érythémateuse, squameuse, cicatricielle en son centre, de forme ovale, avec bords surélevés, légèrement infiltrés et résistants sans être toutefois indurés. Cette éruption s'étend depuis 4 ou 5 ans et ne s'est pas ulcérée. La malade s'est soignée chez elle avec de la vaseline boriquée.

Le diagnostic doit être hésitant entre le lupus érythémato-acnéique et un épithélioma.

Traitement. — Cautérisation au galvano-cautère ; pulvérisation.

9 juin 1897. — Pulvérisation, pansement boriqué.

14 juin 1897, — L'éruption saigne beaucoup depuis la cautérisation ; ce qui fait faire le diagnostic d'épithélioma ; pansement humide.

15 juin. — La lésion commence à se cicatriser mais saigne toujours un peu.

17 juin. — Application de vaseline boriquée pendant trois jours.

28 juin. — La malade revient complètement guérie.

OBSERVATION X

Epithélioma développé aux dépens de la paroi d'un kyste sébacé
Guérison datant de trois ans.

Mme L... Th..., âgée de 48 ans se présente le 6 septembre 1897 à la consultation des maladies de la peau de l'hôpital Saint-Antoine.

Depuis 2 ans environ, la malade avait un kyste sébacé, situé sur le côté droit de la ligne médiane au sommet de la tête.

Elle se fait opérer à l'hôpital Saint-Louis et 6 mois après survient un kyste semblable au même endroit.

Ce kyste ne tarde pas à s'ouvrir spontanément, et une ulcération se forme qui s'aggravait continuellement. La malade consulte alors plusieurs charlatans, mais l'ulcération ne diminue toujours pas.

Actuellement, il existe à droite du vertex, une ulcération plus grande qu'une pièce de cinq francs, à bords saillants et constituée par plusieurs arcs de cercle. Le centre de l'ulcération est légèrement excorié, un peu bourgeonnant. Il existe quelques ganglions sous-mastoïdiens à droite. Au dessus de la limite des cheveux il y a quelques autres kystes sébacés.

On institue le traitement par la cautérisation ignée, et peu à peu la guérison complète s'établit.

Le 10 mai 1901. — *Près de trois ans après le début du traitement*, en cherchant à revoir la malade, nous avons appris, de sa fille, que la lésion avait complètement disparu et que jamais depuis elle n'avait donné signe de récurrence.

OBSERVATION XI

Epithélioma de l'arcade sourcilière gauche.

Mme L.... Marie, 33 ans, ménagère.

Il y a deux ans, début par une petite tumeur située au-dessus de l'arcade sourcilière gauche. Tumeur que la malade a excoriée.

23 janvier 1899. — Actuellement lésion grande comme une pièce de cinquante centimes et légèrement indurée : epithélioma ulcéré superficiel.

25 janvier — L'émotion causée à la malade par l'annonce de la cautérisation amène l'apparition prématurée des règles. L'opération est remise à huitaine.

Elle est pratiquée le 31 janvier. Destruction ignée.

3 mars. — Il ne reste plus qu'une plaque rosée de la dimension d'une pièce de 20 centimes.

7 mars. — A la partie inférieure petits nodules suspects. La partie centrale n'est pas complètement cicatrisée.

21 mars. — La cicatrisation paraît complète.

25 avril. — quelques élevures papuleuses. Cautérisation.

29 mai. — Cautérisation ignée de quelques papules récidivantes autour de la cicatrice de la lésion ancienne.

16 juin. — Guérison complète.

OBSERVATION XII

Epithélioma de la racine du nez et de l'angle interne de l'œil gauche.
Guérison. Pas de récurrence après 14 mois.

N..., âgé de 71 ans, dessinateur, se présente le 12 décembre 1899 à la consultation des maladies de la peau de l'hôpital St-Antoine et raconte les faits suivants :

Depuis une dizaine d'années, sans cause apparente, il lui est survenu à la partie latérale gauche de la racine du nez, une petite tubérosité de la grosseur d'un grain de millet ; petite tubérosité qui ne l'avait d'ailleurs jamais inquiété jusqu'à ~~un~~ jour où il l'écorcha en mettant son lorgnon.

Ceci se passait il y a environ 4 mois. Depuis cette époque la petite tumeur est ~~anée~~ en augmentant, du volume d'un grain de millet à celui d'une lentille et d'une pièce de 20 centimes. En même temps qu'elle augmentait, le malade s'apercevait que sa surface saignait facilement, et se recouvrait parfois d'une petite croûte noirâtre sous laquelle s'amassait une matière blanchâtre qu'il faisait sourdre en pressant la tumeur à sa base ; puis, la croûte tombée, il remarquait qu'il se creusait dessous une petite ulcération.

Il lui était désormais impossible de mettre son lorgnon et sur le conseil d'un médecin il venait réclamer l'ablation de cette tumeur qui n'était pas douloureuse, mais le gênait beaucoup et lui donnait des inquiétudes par son extension rapide.

Actuellement, 12 décembre 1899, l'épithélioma occupe l'angle interne de l'œil gauche, empiétant à la fois sur la racine du nez et sur la paupière inférieure de ce côté. Sa dimension est celle d'une pièce de 50 centimes. Son centre est légèrement excorié et sa surface saignante. On cautérise le tout au galvano-cautère ; on fait une pulvérisation boriquée et l'on prescrit des compresses d'eau bouillante pendant 24 heures, qui seront remplacées, après ce temps, par des compresses imbibées d'une solution de chlorate de potasse au 1/20.

Le malade est revenu se faire cautériser 4 fois. Les

deux fois le même traitement a été fait ; la guérison est à peu près complète.

En février la cicatrisation est complète; le résultat est très satisfaisant.

Le malade a été revu le 8 mai 1901, c'est-à-dire ~~quatorze~~ ^{quatorze} mois après la guérison complète de son épithélioma. Malgré son âge avancé (73 ans) et un chancre syphilitique qu'il aurait eu à 25 ans, mais qui n'a jamais donné lieu à des accidents spécifiques graves bien qu'il n'ait suivi qu'un traitement de trois mois V., est vigoureux et sa santé très florissante. Il porte à l'angle interne de l'œil gauche une cicatrice lisse, souple, absolument magnifique, seul vestige de son épithélioma ; la peau n'est pas adhérente aux parties sous-jacentes. V..., continue depuis son opération à se servir de son lorgnon qui appuie juste sur la cicatrice sans qu'il en soit le moins incommodé. Il n'y a aucune apparence de récurrence. On peut donc espérer que la guérison sera définitive.

OBSERVATION XIV

Epithélioma sous-orbitaire gauche.

Mme U..., Marie, âgée de 68 ans, ménagère, est porteuse, depuis 2 ans, d'un épithélioma de la région sous-orbitaire gauche. Au mois d'août dernier (1900) elle consulte M. Gauthier à l'hôpital Saint-Louis pour cette petite tumeur. A cette époque la lésion présentait au centre une petite ulcération et tout autour un bourrelet saillant de 2 millimètres de hauteur. M. Gauthier institue alors le traitement par la cautérisation à l'acide et le chlorate de potasse.

La malade a été cautérisée deux fois au galvano-cautère le 21 et 25 septembre 1900.

Le 14 novembre. — Elle se présente à la consultation des maladies de peau de l'hôpital Saint-Antoine. On constate, autour de la cicatrice, un petit bourrelet épithéliomateux, dont l'apparition date de deux ou trois jours, et qui donne à la lésion les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Depuis deux jours également la malade est atteinte d'angine herpétique.

25 septembre 1900. — On cautérise tous les points suspects et on prescrit une pommade au chlorate de magnésie.

5 janvier 1901. — La cicatrisation est presque complète, on continue le même traitement.

12 janvier 1901. — Aucunes granulations; aucune apparence de récurrence.

26 janvier. — La cicatrice est magnifique; on remarque deux petits boutons d'acné sébacée, l'un sur la joue gauche, l'autre sur la partie inférieure du nez.

4 mai 1901. — La malade est revue à cette date. La cicatrice, légèrement rosée, siège sur la paupière inférieure, à l'angle interne de l'œil gauche. La peau est complètement mobile sur les parties sous-jacentes. A la périphérie, en regardant avec beaucoup d'attention, on remarque deux petits points, à peine visibles, que l'on cautérise pour plus de sécurité. La cicatrice est en tout un peu moins grande qu'une pièce de 1 franc.

25 mai. — La malade a été revue à cette date. La cicatrice est toujours aussi nette. Il n'y a toujours aucune apparence de récurrence.

Cette observation est particulièrement intéressante à

cause de la présence d'un bourrelet épithéliomateux saillant, et qui tendant à s'accroître vers l'angle interne de l'œil et le bord libre de la paupière inférieure, rendait le traitement plus difficile.

OBSERVATION XIV

Epithéliona, paupière inférieure gauche.

Mme M.... L.... 66 ans ménagère se présente à la consultation des maladies de peau de l'hôpital St-Antoine le 8 décembre 1900.

La malade présente à la partie externe de la paupière inférieure gauche une épithélioma en tumeur.

L'affection a débuté il y a 14 ans par un petit bouton; puis sous une influence quelconque, ce petit bouton a été excorié il y a quelques mois et depuis lors il saigne de temps en temps et augmente de volume; ses progrès sont même considérables au point de gêner la vision de la malade, qui est obligée de renoncer à la couture. De plus la tumeur qui a le volume d'une grosse noisette s'oppose à l'occlusion complète des paupières.

On propose à la malade d'entrer à l'hôpital pour que le traitement soit plus facile et mieux observé.

Le 11 décembre. — Elle est admise à la salle Littré, dans le service de M. Gaucher qui commence immédiatement le traitement et pratique une cautérisation *profonde* au thermocautère de toute la tumeur et du bourrelet périphérique. On applique ensuite des tampons d'ouate imbibés d'eau boricuée.

13 décembre. — On commence les pansements au chlorate de magnésie.

23 décembre. — La malade sort de l'hôpital, l'amélioration est considérable ; il ne reste plus qu'une petite plaie que l'on soigne avec des pansements boriqués.

Le 29 janvier 1901 et le 4 février. — On cautérise au galvanocautère quelques nodules suspects et l'on continue les compresses de chlorate de magnésie.

23 mars. — La malade revient complètement guérie ; la cicatrice est très nette et complètement molle. Le résultat est excellent.

20 avril 1901. — La malade a été revue à cette date.

La guérison s'est maintenue et il n'y a pas trace de récédive.

La cicatrice occupe tout le tiers interne du bord libre de la paupière inférieure gauche jusqu'à la commissure palpébrale ; sa dimension est celle d'une pièce de 1 franc.

Le tissu de cicatrice est légèrement rouge, la peau est un peu épaissie, mais molle et non adhérente aux parties sous-jacentes. Le bord libre de la paupière, bien qu'intéressé par la tumeur n'est nullement déformé et les mouvements physiologiques sont conservés et normaux.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est le siège particulièrement dangereux de l'épithélioma et la profondeur des lésions, circonstances qui en rendaient l'extirpation au bistouri très difficile, dangereuse et très aléatoire au point de vue de la beauté de la cicatrice et de la conservation des fonctions physiologiques.

OBSERVATION XV

Epithélioma du dos du nez.

V... Pierre, 78 ans, exerçant la profession d'ébéniste; se présente à la consultation des maladies de la peau de l'hôpital Saint-Antoine le 2 janvier 1901. Il est porteur d'un petit boutons siégeant sur le dos du nez et qui a débuté il y a 7 ou 8 mois par une petite papule sèche, sur laquelle s'est formée une petite croûte qui, lorsqu'elle tombe, met à découvert une surface verruqueuse. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés des deux côtés. On fait le diagnostic d'épithélioma probable et l'on demande au malade de revenir dans quelques jours parce que sa petite tumeur a besoin d'être surveillée.

4 février 1901. — Le diagnostic n'est plus douteux la petite tumeur est papillomateuse, saigne facilement, ses bords sont indurés, etc. On commence le traitement au galvano-cautère.

21 mars. — L'amélioration est appréciable; nouvelle cautérisation.

11 mai 1901. — Depuis la deuxième cautérisation, qui a été manifestement insuffisante, le malade a négligé de se soigner convenablement et aujourd'hui l'épithélioma a l'aspect un peu végétant au centre, et il existe à la périphérie un bourrelet saillant assez prononcé. M. Gaucher, convaincu que les cautérisations précédentes n'ont pas été suffisamment profondes, recommence le traitement et après un stypage au chlorure de méthyle, il cautérise profondément avec le couteau du thermo-cautère appliqué d'abord à plat sur le centre de la tumeur, puis tout autour d'elle pour détruire le bourre-

let périphérique ; on fait ensuite une pulvérisation boriquée et un pansement humide simple.

Tous les matins, le malade revient prendre une pulvérisation boriquée, l'escare se limite peu à peu très nettement et tombe enfin vers le quatrième jour.

Le 15 mai. — L'amélioration est considérable, la plaie a très bonne apparence, le malade n'éprouve plus aucune douleur. On continue les pulvérisations.

18 mai. — La plaie se referme. Le résultat est excellent.

21 mai. — L'amélioration continue, la guérison est pour ainsi dire assurée.

15 juin. — La cicatrisation est complète.

OBSERVATION XVI

Epithélioma de la partie latérale droite du nez.

Mme S..., Sylvine, 67 ans. Eut à l'âge de 47 ans un eczéma généralisé qui fut soigné à l'hôpital Saint-Louis, dura une dizaine d'années et disparut complètement. Depuis une quinzaine d'années la malade portait, sur la partie latérale droite du nez, une petite croûte de séborrhée concrète, lorsque, il y a deux mois environ, elle reçut à cet endroit, un petit éclat de bois qui lui fit une légère excoriation. A parti de ce moment il se forma une petite tumeur qui devint le siège de démangeaisons. Enfin depuis quelques jours la petite tumeur est devenue saignante et les douleurs ont augmenté.

Actuellement, 12 mai 1901. Il existe à la partie latérale droite du nez, un petit épithélioma légèrement ulcéré et de la grandeur d'une lentille. La peau est mobile sur les parties sous-jacentes,

Traitement. — Cautérisation profonde au galvano-cautère de toutes la partie excoriée et des tissus périphériques. Pulvérisation boriquée et application de compresse humides pendant 24 heures ; puis pommade au chlorate de magnésie.

15 mai. — La malade a reçu un léger traumatisme à l'endroit précis où siégeait l'épithélioma cautérisé ; aussi remarque-t-on une légère inflammation sur les parties avoisinantes. Néanmoins la lésion est en excellente voie. La petite eschare produite par la cautérisation n'est pas complètement détachée. On continue les pulvérisations et les applications de pommade au chlorate de magnésie.

18 mai. — La rougeur périphérique a complètement disparu.

L'amélioration est très sensible et la plaie paraît magnifique. Traitement continué.

21 mai. — La plaie commence à se cicatriser ; rien de particulier.

25 mai. — Il existe au centre un léger bourgeonnement que l'on cautérise avec la pointe fine du thermo-cautère. Pulvérisation ; pansement humide simple. La malade reprendra sa pommade dans 24 heures.

10 juin. — La malade est complètement guérie.

OBSERVATION XVII

Epithélioma de l'angle externe de l'œil gauche.

M. X..., 48 ans. Antécédents héréditaires et personnels nuls.

Début il y a 3 ans par un petit bouton situé à l'angle externe

de l'œil gauche, bouton que le malade écorche, et sur lequel il se forme ensuite une petite croûte.

Le 2 juin 1900. — Un médecin lui traite ce petit épithélioma par le chlorure de zinc et un liniment à la résorsine.

La lésion ne prenant pas d'amélioration, 6 mois après on essaie un nouveau traitement; mais la lésion au lieu de diminuer, augmente, et au mois de janvier 1901, le malade se fait traiter par le grattage à la curette tranchante.

On lui fit 4 autres raclages, dont le dernier au mois de mai.

L'affection ne regressant toujours pas, il vient trouver M. Gaucher, le 11 juin 1901, à l'hôpital Saint-Antoine.

On constate alors à l'angle externe de l'œil gauche un petit épithélioma de la grosseur d'une aveline; la petite tumeur est dure, légèrement saillante, et les tissus voisins paraissent infiltrés.

Traitement. — On cautérise avec la lame du thermo-cautère appliquée à plat, toute la partie saillante de la petite tumeur ainsi que les bords infiltrés. Pulvérisation boriquée et pansement humide pendant 24 heures.

13 juin. — La cautérisation paraît avoir été suffisante, on continue les pulvérisations boriquées.

15 juin. — L'escare commence à s'éliminer. Le malade ne pouvant revenir chaque matin à l'hôpital et n'ayant pas de pulvérisateur, fera sur l'endroit cautérisé, des lotions boriquées suivies de pansements humides.

19 juin. — L'escare est complètement détachée. L'amélioration est continue. Pulvérisation.

21 juin. — L'amélioration est considérable et la guérison, dès maintenant paraît, certaine.

OBSERVATION XVIII

Epithélioma de la paupière inférieure.

M. R..., mécanicien, 64 ans. Se présente à la consultation des maladies de la peau le 20 février 1901.

Il est porteur d'un petit néoplasme siégeant sur la paupière inférieure droite, de la grosseur d'une lentille, de forme triangulaire, à bords saillants.

Rien à relever dans ses antécédents soit héréditaires, soit personnels.

Traitement. — Destruction ignée de toute la petite tumeur ;

Pulvérisation boriquée et pansement humide.

1^{er} mars. — Cautérisation de quelques points douteux.

Pommade au chlorate de magnésie.

Le malade a été reçu le 22 juin 1901 à l'Hôpital Saint-Antoine, où il est entré dans un service de chirurgie pour un léger accident.

Il ne reste plus maintenant qu'une légère cicatrice sur le siège de son épithélioma, et le malade ne présente aucune trace de récurrence.

OBSERVATION XIX

Epithélioma de la racine du nez.

M. L... tabletier, 55 ans.

Se présente à la consultation des maladies de la peau le 12 février 1901. Depuis 3 mois il est porteur d'un petit épithélioma de la racine du nez du côté gauche.

Actuellement le petit néoplasme, grand comme une lentille, est recouvert d'une croûte qui s'est formée à la suite d'une excoriation occasionnée par le grattage.

On remarque un petit nævus grand comme une tête d'épingle au-dessus de la tête du sourcil gauche.

Traitement. — On détruit toute la petite tumeur avec le thermo-cautère et on institue le traitement.

Le malade a été revu 4 mois après cette intervention, la petite plaie produite par la cautérisation a été complètement guérie huit jours après, et depuis cette époque la guérison est toujours maintenue. L... n'a, à la place deson épithélioma, qu'une légère cicatrice.

OBSERVATION XX

Epithélioma rétro-auriculaire.

Mme V... Françoise, 63 ans, présente depuis 6 mois une ulcération qui aurait débuté dans le sillon rétro-auriculaire gauche.

Cette ulcération s'est étendue à la partie supérieure du sillon, et elle est actuellement remontée jusqu'à la partie tout à fait supérieure. Le pavillon de l'oreille est épaissi à ce niveau ; les bords sont indurés ; la moitié supérieure de l'ulcère saigne très facilement ; l'ulcération tend à envahir la région mastoïdienne inférieure. La surface ulcérée mesure environ 5 centimètres de hauteur sur 3 de largeur. Aucun antécédent.

Le 24 avril 1901. — On commence le traitement d'épreuve au benzoate de mercure et l'on panse la plaie au Dermatol.

8 mai. — La malade a eu tous les matins, jusqu'à ce jour,

une injection de benzoate de mercure. Le traitement spécifique n'a produit absolument aucune amélioration. Aussi on commence immédiatement la cautérisation ignée :

Avec le couteau du thermo-cautère à plat, on cautérise toute la partie supérieure de l'ulcération. Cette cautérisation est excessivement douloureuse, et l'on pratique immédiatement après une pulvérisation boriquée suivie d'un pansement humide.

14 mai. — Le résultat est surprenant ; une partie de la surface bourgeonnante est déjà cicatrisée. Cautérisation en surface de la partie inférieure qui n'a jamais été touchée.

La douleur produite au moment de la cautérisation précédente a cessé presque immédiatement, et la malade ne s'en est nullement plaint dans la suite.

21 mai. — L'amélioration continue. Néanmoins la néoplasie est encore très étendue. On cautérise une partie qui avait échappé aux cautérisations précédentes. Cette opération est encore excessivement douloureuse ; mais la douleur cesse dès que l'on applique sur l'endroit cautérisé, un tampon imbibé d'eau boriquée. On fait une pulvérisation.

13 juin. — L'amélioration est si considérable qu'on ne reconnaît plus la lésion primitive. Actuellement, au lieu des bords déchiquetés, saillants et taillés à pic, on ne voit plus qu'une simple plaie en excellente voie d'évolution. La néoplasie n'a pas progressé depuis le début du traitement ; et la lésion va si bien qu'on hésite maintenant avant de se décider à faire une nouvelle cautérisation sur la partie de l'ulcère atteignant le cuir chevelu. La cautérisation est faite néanmoins pour hâter la guérison et par prudence.

22 juin. — L'amélioration est continuelle, plusieurs points

sont déjà cicatrisés. Pas d'engorgement ganglionnaire. Nouvelle cautérisation. Néanmoins la lésion n'est pas encore guérie, mais très améliorée, et l'on peut espérer que le traitement, suffisamment prolongé, aboutira à un succès.

II. — Cas où le traitement a été suivi d'amélioration

OBSERVATION XXI

Epithélioma de la joue.

M. X..., 37 ans, 26 novembre 1896.

Début de la lésion il y a 3 ans à la suite d'une broncho-pneumonie. Une petite ulcération s'est établie sur la joue droite par poussées successives, mais le malade n'a commencé à se soigner que depuis un an et demi. Au début de ce traitement (cautérisation au thermo-cautère), l'ulcération à ce moment était un peu plus petite qu'une pièce de 50 centimes.

Le malade vient alors consulter M. Gaucher (septembre 1896) qui conseille une cautérisation ignée plus profonde et des applications de pommade au chlorate de potasse.

La cautérisation a été pratiquée par le médecin du malade, mais le traitement chloraté n'a pas été suivi. L'ulcération s'est accrue néanmoins depuis ; l'état général du malade se maintient excellent.

Actuellement 26 novembre 1896. — L'ulcération est à bords festonnés, légèrement surélevés ; le fond est nettement

rouge, un peu suintant, et d'après le malade, la profondeur de l'ulcération serait moins grande qu'au début.

Pas d'adhérences aux parties profondes.

5 décembre 1896. — Galvano-cautérisation.

9 mars 1897. — Cautérisation de quelques nodules épithéliomateux.

22 mars 1897. — Quelques petits points douteux. Nouvelle cautérisation au galvano-cautère.

Le résultat était donc incertain encore au moment où le malade a été vu pour la dernière fois.

OBSERVATION XXII

Epithélioma de l'aile droite du nez. Ulcus-rodens.

Mme B..., 60 ans, concierge, est porteuse d'une épithélioma de l'aile droite du nez qui débuta il y a 6 ans à la partie externe de l'orifice droit du nez. Cautérisations de diverses nature depuis cette époque ; mais la tumeur n'a fait qu'augmenter depuis le début et surtout depuis 2 ou 3 mois où l'ulcération a surtout creusé.

Actuellement, 10 décembre 1894, il existe une ulcération assez profonde siégeant en dehors de l'aile droite du nez ; la peau est un peu envahie ainsi que la partie cutanée de la lèvre supérieure. Quelques petits bourgeons à la périphérie de cette ulcération. Le fond est recouvert de croûtes sanieuses avec suintement hémorrhagique.

Comme antécédents : tumeur lacrymale dès l'enfance.

Traumatisme de l'œil à l'âge de 20 ans et ablation de l'œil droit il y a 6 ans, à cause de l'envahissement néoplasique.

Traitement. — Cautérisation ignée ; pommade au chlorate de potasse,

7 janvier 1895. — Grande amélioration ; nouvelle cautérisation

20 janvier. — Cautérisation ; l'amélioration continue.

25 février. — Il s'est produit, à la partie inférieure de l'ulcération, un point de sphacèle de la grosseur d'une petite lentille ; poudre d'iodoforme.

27 février. — Amélioration, traitement continué.

4 mars. — A la partie inférieure l'ulcération est allée en augmentant.

11 mars. — Cautérisation de plusieurs points.

18 mars. — L'ulcération a atteint la partie interne et inférieure tout près de la cloison. Il existe là un trou de la grosseur d'un pois.

25 mars. — Etat stationnaire ; l'ulcération saigne facilement.

29 avril. — Cautérisation du fond de l'ulcère au galvano-cautère.

6 mai. — Première cautérisation de quelques points à l'*iodo caustiques* ; cautérisation que l'on renouvelle les 13 mai, 20 mai, 10 juin.

22 juillet. — Tuméfaction de la joue droite en dehors de l'ulcération ; nouvelle cautérisation.

23 septembre. — Pendant ce dernier mois on a cautérisé la malade tous les lundis soit avec le galvano, soit à l'*iodo caustique* ; l'ulcère saigne toujours au moindre attouchement.

1^{er} octobre. — Application de la solution officinale de perchlorure de fer pour arrêter les hémorrhagies.

7 octobre. — Nouveaux attouchements au perchlorure de

fer, répétés encore le 14 et le 28 octobre. Mais l'extension de la néoplasie se fait du côté de la joue.

18 novembre. — L'ulcus a détruit l'aile droite du nez dans sa majeure partie ; l'ulcère creuse vers le rebord du maxillaire supérieur.

25 novembre. — Application d'iode caustique.

18 décembre. — Légère amélioration ; cicatrisation partielle, application de perchlorure de fer.

27 janvier 1896. — Nodule épithéliomateux sur la joue.

3 février. — Légère amélioration ; la partie inférieure de l'ulcus ne paraît pas se creuser davantage.

10 et 17 février. — Application de perchlorure de fer.

2 mars. — Il s'est formé une ulcération sous la sous-cloison. On commence des cautérisations à l'acide lactique.

19 mars. — Communication de l'ulcère avec le cul-de-sac gingivo-labial supérieur. Cautérisation à l'acide lactique.

23 mars. — Nouvelle cautérisation.

11 mai. — La malade a eu un érysipèle, à la région malade le 12 avril dernier et qui n'a disparu que depuis 3 jours. Nouveaux attouchements à l'acide lactique.

18 mai. — Etat lisse, érythémateux existant encore à la joue gauche.

1^{er} juin. — Application de poudre de chlorate de potasse.

22 juin. — Cautérisation au galvano-cautère, répétée le 6 juillet. On reprend l'acide lactique le 20 juil et, le 17 août, 24 août, mais la cloison est atteinte, la narine gauche est envahie.

19 octobre. — L'ulcère progresse dans tous les sens.

7 novembre. — On commence le traitement à l'extrait de chélidoïne.

14 novembre. — La malade est très satisfaite de ce dernier traitement.

18 novembre. — Amélioration notable. On continue le traitement à l'extrait de chélidoine.

1^{er} décembre. — Les douleurs ont diminué, les hémorrhagies sont moins abondantes.

2 février 1897. — Néanmoins l'ulcération s'étend vers le maxillaire inférieure et l'os malaire.

22 février. — La suppuration est plus abondante ; même traitement, les douleurs sont plus vives, surtout le soir.

15 mars. — Le maxillaire inférieur, complètement nécrosé, a été retiré facilement et sans douleur avec une pince ; au-dessous, surface saignante, suppurante. Vaporisation boriquée.

16 mars. — On commence le traitement par le chlorate de magnésie en compresses en permanence, la solution employée est au 1/20.

17 mars. — Traitement continué.

21 mars. — Depuis que l'on fait usage du chlorate de magnésie il n'y a plus de saignements.

25 mars. — La plaie se déterge et semble en bonne voie d'amélioration.

Depuis cette époque la malade n'a plus été revue à l'hôpital Saint-Antoine.

OBSERVATION XXIII

Epithélioma de la partie supéro-externe de l'œil gauche.
Grande amélioration. Traitement abandonné par la malade.

Mme P.... 66 ans. A vu survenir, depuis deux ans environ

à la suite d'une légère excoriation faite par un enfant avec son ongle, et à un centimètre environ au-dessus de l'angle externe de l'œil gauche une petite tumeur épithéliale ; qui demeura de la grosseur d'un pois jusqu'à il y a trois mois environ. Mais depuis cette époque l'ulcération s'est agrandie et aujourd'hui, 13 juin 1895, la malade se présente avec une ulcération à indurée et surélevée qui a tous les caractères de l'épithélioma.

De plus cet épithélioma est fixé à l'os frontal par une exostose qui forme une saillie assez prononcée au sommet de laquelle se voit une ulcération de la grandeur d'une pièce de 50 centimes.

Cette ulcération épithéliale est recouverte d'une croûte rouge brun.

La malade n'a encore suivi aucun traitement, et c'est en grande partie à cause des douleurs qu'elle éprouve qu'elle vient demander des soins.

15 juin 1895. — Cautérisation au galvano-cautère.

17 juin. — On recouvre la plaie de poudre de chlorate de potasse.

19 juin. — On cesse l'application de poudre de chlorate de potasse qui est douloureuse et a déterminé une petite escare.

22 juillet. — Amélioration sensible.

26 juin 8 juillet. — L'amélioration continue mais surtout à la partie supérieure sur laquelle a plus spécialement porté le traitement. On cautérise la partie inférieure au thermo.

15 juillet. — Il s'est formé une escare au niveau de la partie cautérisée. Nouvelle cautérisation à la périphérie.

29 juillet. — L'escare est tombée. On touche au nitrate d'argent quelques bourgeons exubérants.

19 août. — Nouvelle séance de galvano-cautère.

A partir de cette date, août 1895, et après 3 mois seulement de traitement pour une tumeur assez volumineuse et qui avait atteint le tissu osseux de la voûte du crâne la malade ne se présente plus à l'hôpital.

Des renseignements qui nous ont été donnés par son fils au mois de mai 1901, c'est-à-dire, 6 années après l'interruption un peu hâtive de ce traitement trop court, il résulte : que la malade est actuellement à la campagne ; que, malgré les conseils qu'on lui avait donnés, elle a abandonné immédiatement son traitement se croyant guérie, tellement sa lésion était améliorée. Elle prétend même que la cicatrisation était complète et parfaite, mais un an après environ, elle se serait écorchée de nouveau à cet endroit et a négligé complètement de revenir se faire soigner se contentant d'appliquer la pommade au chlorate de potasse dont elle avait fait usage précédemment.

Elle attribue à cette pommade de ne plus avoir les douleurs vives qu'elle ressentait auparavant, mais seulement quelques picottements très supportables. La légère excoriation s'est d'ailleurs refermée ; mais depuis ce jour les tissus environnants ont paru s'infiltrer (?) et l'infiltration semble grandir. Malgré cela, la malade, satisfaite de son état (!) et ne souffrant pour ainsi dire pas, n'a pu encore se décider à revenir à l'hôpital ; et il est à craindre, cette fois, si les renseignements que nous avons recueillis sont exacts, qu'elle ne laisse par trop aggraver un mal dont on pouvait au début espérer la guérison complète.

OBSERVATION XXIV

Epithélioma de la face.

Mme B..., 67 ans, 17 août 1875.

Est porteuse d'un épithélioma de la joue gauche remontant à 4 ans et qui présente la forme ulcéreuse superficielle.

On commence le traitement par des cataplasmes et l'on pratique la cautérisation ignée.

Jusqu'au 7 octobre la malade fut cautérisée tous les lundis au galvano-cautère; et l'on faisait dans l'intervalle des applications de pommade au chlorate de potasse.

La moitié interne de l'ulcère est en bonne voie de cicatrisation.

10 février 1896. — Cautérisation au galvano-cautère, amélioration.

4 mai nouvelle cautérisation au galvano

Traitement au chlorate de potasse continué.

11 mai, 6 juillet, 10 août, nouvelles cautérisations.

3 février 1897. — Au centre de la cicatrice il existe une petite ulcération grande comme une lentille. Cautérisation.

26 avril. — Quelques points autour de la cicatrice primitive; Au centre une petite ulcération. Cautérisation.

La malade n'a plus été revue depuis cette date, la guérison était donc incomplète.

OBSERVATION XXV

Epithélioma de la région temporale gauche.

Mme H..., couturière, 43 ans.

Sur un nævus congénital, situé à la tempe gauche, et du volume d'une tête d'épingle s'est développé, il y a deux ans, un petit bouton, saignant facilement et qui s'est étendu peu à peu jusqu'à atteindre la dimension actuelle qui est celle d'une pièce de 2 fr. La lésion a été irritée par des cautérisations chimiques insuffisantes et superficielles.

Actuellement la lésion présente un bourrelet périphérique saillant et végétant ; au centre est une ulcération.

Depuis 9 ans, pellicules dans la tête et petites plaques d'eczéma séborrhéique disséminées sur la face. Eczéma séborrhéique également aux avant-bras et aux poignets.

Engorgement sous-maxillaire assez marqué des deux côtés
Aucun antécédent héréditaire.

On institue le traitement par la cautérisation ignée et la pommade au chlorate de potasse (6 juin 1896).

8 juin. — Nouvelle cautérisation ignée.

22 juin. — Après stypage on fait une cautérisation au thermo-cautère plus profonde que les précédentes.

29 juin. — Grande amélioration ; une nouvelle cautérisation est inutile pour le moment.

6 juillet. — Cautérisation.

13 juillet. — Autour de l'ulcération existe un petit bourrelet qui donne plus d'étendue à l'ulcération. Nouvelle cautérisation.

Ces cautérisations sont pratiquées de nouveau les 2, 10, 17, 24 août et les 17 et 21 septembre.

12 octobre. — Depuis trois jours, il est survenu à la face et principalement sur les joues, une éruption qui paraît être de l'eczéma séborrhéique.

19 octobre. — On cautérise quelques bourgeons charnus au nitrate d'argent.

2 novembre. — Nouvelle cautérisation au nitrate d'argent.

25 novembre. — Eczéma de la face dorsale des deux mains, sur lesquelles il existe depuis 6 ou 7 ans, ainsi qu'aux joues, au menton et autour de la lèvre inférieure, une infinité de petites verrues. Traitement de l'eczéma.

14 décembre. — La malade est hospitalisée à cette date.

17 décembre. — On cautérise au thermo-cautère quelques parties de sa lésion épithéliomateuse.

19 décembre. — On prescrit une pommade au chlorate de potasse.

20 décembre. — Traitement de l'eczéma par l'enveloppement humide. L'épithélioma est amélioré.

18 mars 1897. — La malade a demandé l'opération de son épithélioma et l'ablation en a été faite par un chirurgien. Il existe à la suite de l'opération : 1^o à la partie supérieure, une cicatrice saillante couverte de télangiectasies et creusée à la partie moyenne ; 2^o à la partie inférieure, en dehors de l'angle externe de l'œil, une ulcération végétante, saignante, d'aspect douteux ; 3^o à la partie intérieure, une portion cicatrisée.

L'engorgement ganglionnaire persiste sur le maxillaire de chaque côté. Il y a aussi un peu d'eczéma séborrhéique à la partie inférieure des joues.

29 mars. — Le point suspect noté ci-dessus est transformé, on ne peut plus maintenant le considérer comme douteux.

18 mai. — Eczéma séborrhéique du cuir chevelu, traité par la pommade soufrée.

20 mai 1898. — La malade nous est renvoyée par le docteur T... avec une récurrence, dans le ganglion pré-auriculaire, qui est actuellement du volume d'une aveline. Cette adénopathie aurait débuté il y a un mois et demi ; et elle a augmenté du double depuis 15 jours. Elle est douloureuse spontanément et à la pression. Il faudra intervenir chirurgicalement, conséquence d'une première opération sanglante.

OBSERVATION XXVI

Epithélioma près de l'angle interne de l'œil, amélioré.

Mme veuve L..., 56 ans.

Depuis deux mois, petit bouton sur la face latérale du nez, près de l'angle interne de l'œil.

25 novembre 1896. — Actuellement : ulcération, à bords taillés à pic, mais remplie d'une croûte verdâtre. A la partie externe de cette ulcération, autre petite croûte existant depuis une quinzaine d'années et qui est de la séborrhée concrète recouvrant, probablement, un début d'épithélioma.

(La malade était en même temps atteinte depuis 20 ans d'eczéma du cuir chevelu et de certaines parties de la face. Il serait trop long de reproduire en détail l'observation de cette affection et le traitement qui fut institué, nous nous en tiendrons donc à l'épithélioma).

Traitement.— Lotions boricuées et chloratées ; pommade au chlorate de potasse,

2 décembre. — Cautérisation au galvano-cautère.

20 décembre. — On continue la pommade au chlorate de potasse.

9 janvier 1897. — Cautérisation au galvano-cautère.

24 février. — Application de teinture de chélidoïne.

17 mars. — On commence le traitement par la solution de chlorate de magnésie au 1/20; on fait d'abord une lotion puis on laisse dans l'ulcération un tampon imbibé de la solution.

Le traitement devait être fait tous les jours, mais comme la malade est éloignée de l'hôpital on ne l'appliquera que tous les trois jours, et pendant les jours intermédiaires, elle continuera le traitement à la teinture de chélidoïne.

23 mars. — La malade supporte bien le chlorate de magnésie.

10 avril. — On cesse le chlorate de magnésie qui paraît ne donner aucun résultat.

16 avril. — La malade voit un chirurgien qui la trouve en bon état et ne voit pas l'indication d'une opération.

OBSERVATION XXVII

Epithélioma de la joue droite au-dessus de la paupière inférieure

Mme R... Jeanne, ménagère 63 ans, entre à l'hôpital le 18 décembre 1897.

Il y a 6 ans, apparition d'un petit bouton siégeant sur la joue droite au-dessus de la paupière inférieure. Ce bouton, siége d'un prurit léger, surtout marqué pendant la nuit, n'a pas grossi pendant 5 ans 1/2 et la malade s'est contentée de mettre dessus un peu de vaseline boriquée. Ce n'est que depuis 6 mois seulement qu'il s'est étendu, et il acquiert au-

jourd'hui la dimension d'une pièce de 1 franc. La lésion est légèrement surélevée, rouge, avec une zone inflammatoire périphérique enlevant à la peau sa souplesse dans un rayon de 1 centimètre environ. La petite tumeur est mobile sur les parties profondes.

Depuis 6 mois également, sur la joue gauche, en un point sensiblement symétrique à celui de la joue droite, est apparue une petite tache érythémateuse de la grosseur d'une lentille et qui est le siège d'un prurit surtout marqué pendant la nuit. La peau de la région a conservé toute sa souplesse, toute sa mobilité.

A la même époque une lésion de même nature, s'est développée sur l'extrémité du nez. Au dire de la malade la tumeur du côté droit aurait, à son début, présenté absolument les mêmes caractères que les lésions du nez et de la joue gauche.

Traitement. — Sur la joue droite ignipuncture au thermocautère et pansement humide pendant la journée.

82 décembre 1897. — La malade quitte l'hôpital ; elle continuera ses pansements humides.

6 janvier 1898. — L'épithélioma va très bien. Il y a encore de l'induration, mais aucune adhérence profonde ; il s'est formé sur la tumeur une petite croûte cicatricielle. Continuer pansements humides.

11 janvier. — La cicatrisation persiste avec induration ; on cesse les pansements humides. La malade se lavera la figure, où il existe de nombreuses traces d'eczéma séborrhéique, avec une solution saturée de chlorate de potasse.

1^{er} février. — Il s'est développé sur l'induration persistante de petits bourgeons que l'on cautérise au thermocautère.

15 février. — La malade a consulté M. Monod qui est d'avis d'extirper la tumeur au bistouri.

OBSERVATION XXVIII

Epithélioma du menton.

P... Jean, âgé de 45 ans.

L'affection a débuté il y a trois ans par un petit bouton situé sur la partie latérale droite du menton; bouton, qui au dire du malade, s'est excorié et s'est transformé en une ulcération.

Le malade s'est alors rendu à l'hôpital St-Louis où le diagnostic d'épithélioma fut fait.

Première cautérisation au galvano-cautère au commencement du mois d'août 1897. Deuxième cautérisation un mois après. On remarque alors à ce moment l'existence d'un ganglion sous-maxillaire droit.

Actuellement: 22 décembre 1897. — Il existe un bourrelet saillant à la périphérie de l'ulcération; bourrelet qu'il est nécessaire de cautériser.

2 février 1898. — Quelques petites granulations reviennent, accompagnées de démangeaisons, on pratique une nouvelle cautérisation.

21 février 1898. — Cautérisation au thermo-cautère.

7 mars. — Quelques petites granulations papillaires sont revenues, on les cautérise au thermo.

4 avril. — Quelques points ont récidivé, on les cautérise.

22 avril. — L'amélioration est sensible; mais il reste quelques papules à cautériser. Plus de ganglions.

Nouvelles cautérisations les 26 avril et 8 juin.

Le 4 mai. — Le malade est hospitalisé à la salle Magendie

et l'on applique sur la lésion une pommade au chlorate de magnésie au 1/5.

8 mai. — Nouvelle cautérisation, pansement au chlorate de magnésie.

19 mai. — Nouvelle cautérisation au thermo-cautère.

25 mai. — On cautérise au galvano deux petits bourgeons charnus. L'amélioration est sensible.

A cette date le malade quitte l'hôpital et depuis il a été complètement perdu de vue.

OBSERVATION XXIX

Epithélioma de la paupière inférieure. Traitement abandonné par le malade.

R... Guillaume, 38 ans.

Se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine le 24 mai 1898. Il y a 4 ans il se fit une brûlure sous la paupière inférieure gauche, peu de temps après est survenue « comme une petite verrue ».

Il existe maintenant une saillie végétante de la forme d'une amande et recouverte d'une croûte qui se détache facilement à la suite d'une simple application de vaseline. En dedans, existent quelques vaisseaux qui saignent facilement.

Traitement. — Vaseline boriquée pour faire tomber la croûte.

28 mai 1898. — Les croûtes sont tombées il reste une surface exulcérée qui a tout les caractères de l'épithélioma.

On pratique la cautérisation ignée.

En juin nouvelle cautérisation ignée.

Le malade, que ses occupations absorbaient beaucoup, abandonne le traitement après une amélioration notable, mais qui est encore loin de pouvoir être considérée comme une guérison.

Trois ans après la tumeur, qu'il soigne toujours avec une pommade au chlorate de potasse n'a pas augmenté et ne le fait guère souffrir ; si peu même, qu'il ne songe pas encore à recommencer un traitement.

OBSERVATION XXX

Epithélioma de la région frontale droite.

M. Cl..., 70 ans, employé.

Il y a 40 ans, étant au régiment, le malade reçoit à la partie supéro-externe de la région frontale droite un coup de fleuret.

Depuis cette époque il a toujours eu à cette place une petite plaie se recouvrant d'une croûte. De temps en temps cette croûte tombe. Pendant 40 ans, alternativement, la plaie se recouvre d'une croûte qui tombe puis se reforme.

En 1898 la partie ulcérée devient bourgeonnante et augmente de volume. La peau s'épaissit. La surface devient saignante.

En novembre 1898, le malade vient consulter M. Gaucher qui fait 3 ou 4 cautérisations à la pâte de Vienne et au thermo-cautère.

En juillet 1899, le malade retourne voir M. Gaucher à Saint-Louis et on lui fait successivement 4 cautérisations ignées, et dans l'intervalle, des applications de pommade au chlorate de potasse.

Le 8 novembre 1899. — A Saint-Antoine on cautérise au thermo-cautère quelques points saignants, la peau est épaisse, mais non adhérente aux plans profonds.

Le 17 novembre 1899. — Le malade présente un ganglion parotidien qui est apparu depuis un mois; on tente de le cautériser à la pâte de Vienne. Mais quelque temps après on est obligé d'intervenir chirurgicalement, et on profite de cette occasion pour opérer aussi la lésion du front qui ne s'est jamais complètement guérie depuis le début du traitement, après s'être améliorée cependant.

OBSERVATION XXXI

Epithélioma de l'aile droite du nez.

Mme B..., Marie, 68 ans, cuisinière.

Antécédents personnels. — Néant.

Antécédents héréditaires. — A noter une parente assez éloignée, morte actuellement, et qui aurait eu pendant plusieurs années, avant sa mort, une tumeur au-dessus du sein droit ? et qui suppurait; aucuns renseignements sur la nature de cette tumeur.

Le début de la lésion actuelle remonte à un an et s'est fait par une petite rougeur, survenue sur l'aile droite du nez, et que la malade a écorchée. Depuis cette époque ses dimensions ont augmenté continuellement. Mais depuis 3 semaines surtout l'affection a pris une grande extension et présente actuellement les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Au centre est une croûte entourée d'un bourrelet rougeâtre un peu infiltré.

La malade est admise à l'hôpital le 17 novembre 1900.

13 novembre. — Cautérisation de tout l'ulcère.

21 novembre. — Cautérisation de quelque végétations au centre de l'ulcère. Pommade au chlorate de potasse,

18 décembre. — La malade, pour mettre ordre à ses affaires chez elle, sort de l'hôpital malgré le conseil qu'on lui donne.

Depuis cette époque elle a négligé complètement de se soigner jusqu'au 26 juin 1901, se contentant, pour faire tomber la croûte qui se formait de temps en temps sur son ulcère, de l'enduire de pommade au chlorate de potasse.

A cette date la lésion a la dimension d'une pièce de 1 franc, les bords sont infiltrés et rouges, mais la périphérie du néoplasme n'atteint pas le bord de l'aile du nez. Néanmoins, la malade se trouve beaucoup mieux qu'avant la première intervention, et ne ressent plus autant de douleurs ; les hémorrhagies sont aussi moins fréquentes. Mme B..., paraît décidée cette fois à faire le traitement un peu plus sérieusement.

CONCLUSIONS

I. — Il existe à la face plusieurs variétés d'épithéliomas qui ne sont pas toutes justiciables du même traitement. Il en est de même qu'il est préférable de ne pas traiter.

II. — De tous les traitements préconisés contre la néoplasie cutanée aucun n'est spécifique.

Les plus efficaces sont les agents destructeurs. Mais le caustique chimique est brutal et aveugle ; et l'opération sanglante, en ouvrant les vaisseaux, favorise l'auto-inoculation du cancer soit *in situ*, soit à distance.

III. — Le traitement employé par M. Gaucher consiste en cautérisations profondes et énergiques, de toute la tumeur, surtout du bourrelet périphérique faites de préférence avec le couteau du thermo-cautère ; et en applications locales consécutives, de pommade au chlorate de potasse ou au chlorate de magnésie.

IV. — Outre les avantages inhérents à la cautérisation ignée, ce traitement est encore parfois applicable dans certains cas où la forme et le siège de la tumeur contre-indiquent toute autre intervention.

V. — La douleur provoquée par la cautérisation est passagère ; et les insuccès sont dûs, le plus souvent, soit à la gravité de cas désespérés et incurables, soit au malade

lui-même qui se prête mal à un traitement parfois un peu long.

VI. — Les résultats observés confirment cette conclusions de M. Gaucher au congrès international de Londres : « Ce traitement est curatif dans les épithéliomas exclusivement cutanés et superficiels. Dans les cancers muqueux et para-muqueux il est peu efficace. Dans les épithéliomas propagés aux parties profondes il n'est, le plus souvent, que palliatif ».

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu : le Président de thèse,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Arnozan.** — Gaz. hebd. Paris, 1890.
- Besnier.** — Traduction de Kaposi, notes du traducteur.
Annales de Dermatologie, 1900.
- Boinet.** — Transmission aux animaux du cancer de l'homme
c. r. soc. de biol. t. 46, 1894.
- Boué.** — Thèse de Toulouse, 1899.
- Brault.** — Bull. de la soc. de derm. et syph. avril et juin, 1898
- Brocq.** — Traitement des dermatoses.
Indications de la cautérisation ignée, Presse méd. 1898
Bull. de la soc. méd. des Hop. Paris. 1890.
- Brunon.** — Semaine médicale, 1892.
- Cerny et Trunecek.** — Semaine médicale, 1897.
— — — Semaine médicale, 1899.
- Dangerfield.** — Ulcus rodens. Thèse de Paris, 1892.
- Darier.** — Traduction de Leistikow de Hambourg, therap.
des maladies de la peau.
- Darier.** — Bull. gén. de therap. 1893.
- Devergie.** — Maladie de la peau, 1857.
— Du cancroïde, du noli me tangere, de l'impétigo-
rodens, Bull. gén. de théér. 30 nov. 1871.
- Domec.** — Traitement de l'épith. de la peau des paupières
et du nez par le bleu de méthyle combiné à l'acide

chronique et au galvano-cautère. Thèse de Paris, 1895.

Ducastel. — Annales dermat. et syph. juin, 1898.

Dujardin-Baumetz. — Dictionnaire de thérapeutique.

Dupuis. — Du cancroïde. Thèse de Paris, 1855.

Evrard. — De certains néoplasmes cutanés Lyon, 1900.

Fabre. — Thèse de Lyon, 1892.

Fabre-Domergue. — Les cancers épithéliaux.

Faure. — Chirurgie du cancer sem. méd. 1900.

Feuardent. — Thèse de Paris, 1889.

Fiessinger. — Gaz. méd. Paris, 1892.

Nouvelles recherches sur l'étiologie des cancers
Rev. de méd. 1893.

Filaretopoulos. — Revue des maladies cancéreuses. Traitement des épithéliomas de la peau. Méd. orient. Paris, 1897.

Fortier (Louis). — Thèse de Paris, 1851.

Francotte et de Rechter. — Bullet. académ. de méd. Belg., 1892.

Galard. — Thèse de Paris, 1891.

Gastou. — Bull. soc. de dermat. et syph., juin 1898, janvier 1899.

Gaucher. — Leçons sur les maladies de la peau, t. II
Congrès international dermat. de Londres, 1896.
Revue int. méd. et chirurg. Paris, 1900.
Epith. cutanés leur traitement. Journ. de méd. interne, 1900, p. 757.

Gaucher et Barbe. — Art. traitem. épith. cutané in trait. méd. de Brouardel.

Art. trait. épith. cutané in therap. appl. Robin.

Gaucher et Herscher. — Soc. franc. dermat. et syph.
séance du 9 nov., 1899.

Gavinau. — Congrès de Rome.

Gilette. — De l'emploi du thermo-cautère dans l'ablation
des tumeurs. Union médicale. Paris, 1876.

Gorgon. — Thèse de Paris 1896.

Guelliot. — Gazette des hôpitaux 1892.

Hallopeau. — Annales dermat. mars 1898.

Hanau. — Erfolgreiche exp. Uebertrageing von carcin.
Forstschr. d. med. bd. 1889.

Hermet. — Société dermat. juin et mars 1898.

Heurtaux. — Du cancroïde en général thèse Paris 1861.

Hyvernaud. — Trait. du canc. par chl. de potasse, th. Paris
1887.

Isambert. — Art. chl. de potasse in diction. encyclopédi-
que.

Jaboulay. — Quinine en injection sous-cutanée contre la
carcinose. Sem. méd. 1900.

Kaposi. — Pathologie et traitement des maladies de la
peau.

Kirmisson. — Art. épith. Dict. Dechambre.

Kuhn d'Elbeuf. — Traitement des cancroïdes par double
cautérisation. Gaz. méd., Paris, 1893.

— Traitement du cancer épithélial. Gaz. hebd., 1897.

Lassar. — Semaine médicale, 1893.

Leblanc. — Tumeurs épith. chez an, animaux domest.
Paris, 1863.

Le Dentu. — Soc. de chirurgie, 1891.

Leistikow de Hambourg. — Thérap. des maladies de la
peau.

Lévêque. — Thèse de Paris, 1880.

- Maillard.** — Thèse de Paris, 1900.
- Michon.** — Du cancer cutané. Thèse de Paris, 1848.
- Monique.** — Usages de l'ac. acétique en derm. Th. Paris, 1897.
- Moreau.** — Annales de la polyclinique de Toulouse, 1901.
- Inocu^l. en série d'une tum. épithél. Soc. de Biol., 1891.
- Le cancer est contagieux. Revue scient., 1895.
- Morestin.** — Cancer de la peau. Sem. méd., 1900.
- Nicaise.** — Bull. et mémoire. Soc. de chirurg. de Paris, 1881.
- Noël.** — Thèse de Paris, 1897.
- Panas.** — Thèse de Paris, 1856.
- Pascal.** — Thèse de Montpellier, 1898.
- Pilate.** — Soc. de chirurg., 29 oct. 1879.
- Popoloff.** — Inject. d'arsenic. contre cancer.
- Reignier.** — Note sur l'emploi du chl. de potasse dans le pansement des plaies. Centre méd. et pharm., 1900.
- Renoul.** — Epith. développ. sur nævi. Th. Paris, 1892.
- Robillard.** — Thèse de Paris, 1898.
- Robin.** — Traité de thérap. mal. de la peau.
- Tedeschi.** — Annali universali di medica, 1845.
- Trassagnac.** — Thèse de Paris.
- Vidal.** — De l'épithélioma de la peau. Gaz. des hôp. Paris, 1879.
- Vignat.** — Thèse de Paris, 1900.
- Werh.** — Congrès de chirurgie allem., 1888

